

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poskytovatel**2)**:** | | |
| **IČ:** | specifikace1): | **IČZ**3)**:** |
| **Sídlo:** | | **IČP**3)**:** |
| **PSČ:** |
| **Zástupce:** | | |

**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,**

**pojišťoven a stavebnictví**

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**

**generální ředitel**

se sídlem: **Roškotova 1225/1**

**140 21 Praha 4**

zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném

Městským soudem v Praze spis. zn. A 7232

Bankovní spojení: Česká národní banka., č. ú.: 2070101041/0710

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné

a

**\* 0 / 0**

Kontaktní adresa:

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé

uzavírají po dohodě tento

**DODATEK  GYN-LIM 2019**

(dále jen „Dodatek“)

**VAZBA (INT) *jen zavést do tabulky, nebude na dodatku zobrazováno***

**I.**

1. Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **specializovaných ambulantních zdravotních služeb v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a/nebo 604 – dětská gynekologie** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých **v roce 2019** Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské uniea pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečenívztahující se i na oblast zdravotnípéče (dále jen „Zahraniční pojištěnec“).
2. Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotních služeb poskytnutých Zahraničním pojištěncům podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 6, z května 2010.
3. V návaznosti na článek I. odst. 2 tohoto Dodatku se Poskytovatel zavazuje, že vykáže zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům v souladu s uvedeným metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR, a to samostatnou fakturou a dávkou. Přílohou vyúčtování musí být vyplněné „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ s tím, že „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ není nutné dokládat v případě, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

**II.**

1. Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a/nebo 604 – dětská gynekologie** poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům v roce 2019 Poskytovatelem a vykázané podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), budou hrazeny výkonovým způsobem v  **hodnotě bodu 1,08 Kč/bod,** přičemž hodnota bodu se dále navýší o 0,01 Kč, pokud Poskytovatel doloží, že nejméně 50% lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019 (doložením kopie diplomu celoživotního vzdělávání).

Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2019 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

**POPzpo x [((index char(5) + KN) x PUROo) + BORDO]** kde

**POPzpo**je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 nebo č. 09511 podle Seznamu zdravotních výkonů. Hodnoceným obdobím se rozumí období uvedené v čl. III. odst. 5 tohoto Dodatku.

If var = 1 then

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně zvlášť účtovaného zdravotnického materiálu (dále jen „ZÚM“) a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále jen „ZÚLP“) na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 nebo výkon č.09511 podle Seznamu zdravotních výkonů a do průměrné úhrady se nezahrnou ZÚLP použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV nu osob ve věku 13 až 14 let. Referenčním obdobím se rozumí rok refobd(char(4)).

If var = 2 then

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZÚM a ZÚLP na jednoho unikátního pojištěnce poskytovaná Zdravotní pojišťovnou srovnatelným poskytovatelům v dané odbornosti v referenčním období. Referenčním obdobím se rozumí rok refobd.

If var = 3 then

**PUROo** je minimální úhrada stanovená Zdravotní pojišťovnou v souvislosti se zajištěním zdravotních služeb poskytnutých v dané odbornosti na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, a to v případě, že je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZÚM a ZÚLP na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období nižší. Referenčním obdobím se rozumí rok refobd.

End if

**KN** je koeficient navýšení 0,01, který se uplatní v případě, že Poskytovatel doloží, že nejméně 50% lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019 (doložením kopie diplomu celoživotního vzdělávání).

**BORDO** je navýšení úhrady v hodnotě:

* **30 Kč,** pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2019 v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18:00.
* **40 Kč,** pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2019 v rozsahu alespoň 27 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18:00.
* **50 Kč,** pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2019 v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18:00 a alespoň 1 den v týdnu začínají ordinační hodiny nejpozději od 7:00.

Nad rámec celkové úhrady vypočtené dle výše uvedeného vzorce Zdravotní pojišťovna uhradí Poskytovateli ZÚLP použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a použité v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.

Omezení úhrady se nepoužijev případě zdravotních služeb poskytovaných Zahraničním pojištěncům.

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Jméno Poskytovatele dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském rejstříku, event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ,IČP přidělená zdravotnickému zařízení Poskytovatele uveďte ve zvláštní příloze

1. Smluvní strany se dále dohodly, že **celková výše úhrady** podle odst. 1 tohoto článkubude při splnění níže uvedených podmínek **navýšena o smluvně dohodnuté bonifikace**. Zdravotní pojišťovna uhradí **po skončení hodnoceného období** Poskytovateli:

a)  **Bonifikaci za zvýšené náklady na preventivní péči a prenatální péči:**

* + 100,- Kč za provedení jedné preventivní prohlídky (kód výkonu 63050) unikátní pojištěnce Zdravotní pojišťovny v hodnoceném období,
  + 2500,- Kč za komplexní prenatální vyšetření a další péči o těhotnou pojištěnku Zdravotní pojišťovny v hodnoceném období (bonifikace je přiznána ve vazbě na vykázání výkonu s kódem 63053 za podmínky, že pojištěnka je po celou dobu těhotenství v péči Poskytovatele a další prenatální péče je účtovaná výkonem s kódem 63055).

**Tyto bonifikace budou Poskytovateli přiznány v případě, že podíl preventivně, respektive v těhotenství komplexně ošetřených pojištěnek Zdravotní pojišťovny z celkového počtu ošetřených registrovaných pojištěnek Zdravotní pojišťovny v roce 2019 bude činit minimálně 50 %.**

1. **Bonifikaci za specializovanou způsobilost v oboru a vyšší kvalitu poskytovaných služeb** při získání **3 a více bodů při splnění následujících pravidel**:

* Držitel certifikátu ISO 9001 nebo akreditace CIA – 1 bod (prokazuje se doložením kopie certifikátu nebo akreditace),
* Držitel funkční licence F017 expertní kolposkopie – 1 bod (prokazuje se doložením kopie funkční licence),
* Atestace vyššího stupně v oboru nebo nástavbová atestace v příbuzném či jiném oboru – 1 bod (prokazuje se doložením kopie diplomu dokladujícího získání příslušné specializace),
* Poskytování zdravotních služeb v celé komplexnosti (dostupnost komplexní základní diagnostiky v oboru u Poskytovatele bez nutnosti indukce zdravotních služeb v rámci téže odbornosti) – 1 bod.

**Při získání** **3 bodů** bude celková úhrada náležející Poskytovateli po odečtení ZÚM a ZÚLP a **po odečtení bonifikací dle odst. 2 písm. a)** tohoto článku **navýšena indexem 1,01.**

**Při získání 4 bodů** bude celková úhrada náležející Poskytovateli po odečtení ZÚM a ZÚLP a **po odečtení** **bonifikací dle odst. 2 písm. a)** tohoto článku **navýšena indexem 1,025**.

1. Poskytovatel je povinen bezodkladně písemně poskytnout Zdravotní pojišťovně informace v případě změn souvisejících s údaji pro přiznání bonifikací (získání certifikátu ISO 9001 apod.).
2. Bonifikace budou Poskytovateli Zdravotní pojišťovnou uhrazeny jednorázově v rámci konečného finančního vyrovnání roku 2019, nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2019. Bonifikace se nevztahuje na zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům.
3. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku 30,- Kč, která bude zaplacena nad rámec předběžné úhrady uvedené v odst. 6. tohoto článku a nebude započtena do limitu celkové úhrady uvedeného v odstavci 1 tohoto článku.

If uhrada = 6 then

1. Zdravotní služby vyúčtované Poskytovatelem budou Zdravotní pojišťovnou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou ve výši níže uvedené. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vyúčtuje menší objem poskytnutých zdravotních služeb, než jaký odpovídá maximální výši měsíční předběžné úhrady, bude Poskytovateli v daném měsíci zaplaceno výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Poskytovatel v dalším měsíci vyúčtuje vyšší objem poskytnutých zdravotních služeb, bude maximální výše měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

|  |  |
| --- | --- |
| **Maximální měsíční předběžná úhrada pro rok 2019** | **Kč** |

If uhrada = 3 then

6. Protože u Poskytovatele nelze stanovit výši měsíční předběžné úhrady dle objemu úhrady za předchozí období, bude Zdravotní pojišťovna hradit vyúčtované zdravotní služby Poskytovateli předběžnou úhradou na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce.

|  |  |
| --- | --- |
| **Předběžná úhrada pro rok 2019 na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce** | **Kč / 1 URČ** |

End if

1. Smluvní strany se dohodly, že pro účely ocenění uznané péče bude použita základní hodnota bodu bez navýšení.
2. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:
   1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Do výpočtu regulace nebudou zahrnuty zdravotnické prostředky vykázané Poskytovatelem a schválené revizním lékařem Zdravotní pojišťovny s úhradou vyšší než 15 000,- Kč.
   2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádané výkony v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 (dále jen „Vyjmenované odbornosti“) v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon č. 95201, prováděné Poskytovatelem, který má se Zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1.1.2019 hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.
   3. Referenčním obdobím se pro účely odstavce 7 rozumí rok refobdrpip(char(4)).
   4. Regulační omezení podle odst. 7.1. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada Zdravotní pojišťovny za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli poskytujícími specializovanou ambulantní zdravotní péči v roce 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
   5. Regulační omezení podle odst. 7.2. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
   6. Pokud Poskytovatel vykáže větší průměrný objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny, a Poskytovatel bezodkladně písemně po obdržení oznámení o výši regulační srážky prokáže, že k vykázání většího objemu předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, došlo z nepředvídatelných a neovlivnitelných důvodů, které Poskytovateli objektivně znemožnily dodržet smluvně dohodnutý objem preskripce, respektive vyžádané péče, a bude neprodleně iniciovat jednání o navýšení referenčního průměru, dojde ze strany Zdravotní pojišťovny po odsouhlasení těchto skutečností k poměrnému navýšení referenčních průměrných hodnot, o čemž bude Poskytovatel písemně informován.
   7. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se Zdravotní pojišťovnou, použije Zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 7.1. a 7.2. tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
   8. Regulační omezení podle odst. 7.1. a 7.2. tohoto článku se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny při smluvně dohodnuté kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě smluvně dohodnuté kapacity poskytovaných služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě smluvně dohodnutých zdravotních služeb.
   9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle odst. 7.1. a 7.2. tohoto článku maximálně do výše odpovídající 25% objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZÚM a ZÚLP za rok 2019.
3. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby v odbornosti 603 a 604 poskytnuté v roce 2019 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od DATUM(DATE) do 31.12.2019, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2020.
4. V návaznosti na termíny pro vykázání zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a regulační srážky dle předchozích ustanovení za rok 2019 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2019 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
5. V rámci finančního vyrovnání roku 2019 obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
6. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude zasílat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tato povinnost ze strany Poskytovatele splněna, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.
7. V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde k nárůstu poskytnutých hrazených služeb proti příslušnému referenčnímu období z hlediska jejich celkového objemu nebo v průměru na jednoho ošetřeného pojištěnce, může Poskytovatel požádat Zdravotní pojišťovnu o navýšení úhrady. Žádost musí být písemná a musí obsahovat konkrétní objektivní důvody požadovaného navýšení úhrady. Zdravotní pojišťovna posoudí relevanci Poskytovatelem uvedených důvodů a uzná-li jeho žádost jako důvodnou, může nárůst poskytnutých hrazených služeb částečně nebo plně zohlednit a odpovídajícím způsobem následně upravit výslednou celkovou výši úhrady vypočtenou dle příslušných odstavců tohoto článku.

**III.**

1. Smlouvou ve smyslu tohoto Dodatku je dříve uzavřená příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“).
2. Poměry, které nejsou výslovně upraveny tímto Dodatkem, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy.
3. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí platné Smlouvy.
4. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
5. Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, a zejména způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v tomto Dodatku, se použijí pro období od DATUM(DATE) do 31.12.2019.
6. Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejích příloh, změn a všech dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb, bude zveřejněna na základě zákonem uložené povinnosti Zdravotní pojišťovny.
7. Smluvní strany se dohodly, že v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním.
8. Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované v souvislosti s plněním Smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.
9. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
10. Smluvní strany stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí.
11. Za Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
12. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude Dodatek uzavřen cestou datových schránek způsobem uvedeným v článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V | If usekzz = 3 then Ostravě  Else Praze | dne |  |  | V |  | dne |  |
|  |  |  | |  |  |  |  | |
| za Zdravotní pojišťovnu | | | |  | za Poskytovatele | | | |