



Dodatek č. 25
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb
č. 9U58X001 ze dne 25.02.2009 (dále jen „Smlouva“)
(kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro děti a dorost)

uzavřeno mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Krajská zdravotní, a.s. Nemocnice Teplice, o.z.
Sídlo (obec):	Ústí nad Labem
Ulice, č.p., PSČ:	Sociální péče 3316/12A, 401 13
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud v Ústí nad Labem, oddíl B, vložka 1550, dne 5.5.2004nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Petr Fiala, generální ředitel
IČ:	25488627
IČZ:	58585000

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Ústí nad Labem, pobočka pro Liberecký a Ústecký kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Blanka Vajrychová vedoucí oddělení správy smluv
Doručovací adresa (obec):	Teplice
Ulice, č.p., PSČ:	ul. 28. Října 975/23, 41501

(dále jen „Pojišťovna“) na straně druhé

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2017 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 (dále jen „vyhláška“) s výjimkami dohodnutými v souladu s § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), uvedenými v článku II. odst. 1 písm. c), d) a odst. 6 – 10 a v článku III. odst. 2 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené v článku II. odst. 1 písm. c), d) a odst. 6 – 10 a v článku III. odst. 2 tohoto Dodatku upravují způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška. Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

Článek III. Regulační omezení

Smluvní strany si sjednaly, že:

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek skupiny 2 – Pomůcky pro inkontinentní, uvedených v oddíle C přílohy č. 3 ZVZP (dále jen „pomůcky pro inkontinentní“) předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2017 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 ZVZP, a které Pojišťovna uhradila. Pojišťovna zohlední případy, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
2. Ustanovení Přílohy č. 2 Části E odst. 1.4 a odst. 6 vyhlášky se nepoužijí – tzn., že smluvní strany výslovně vyloučí aplikaci těchto ustanovení a regulační omezení za pomůcky pro inkontinentní nebudou realizována.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“), podle Seznamu výkonů, a za výkony č. 02230 (CRP) a 01443 (INR), popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2017 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2017 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči v odbornosti 902, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
5. Regulační omezení uvedená v článku III. odst. 1 až odst. 4 se nepoužijí:
 - a) pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle článku III. odst. 1 až odst. 4,
 - b) pokud Poskytovatel v roce 2017 registroval 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
 - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
6. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
7. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a za výkony CRP a INR v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za kapitální platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2017 a za výkony 09543 za rok 2017.

Článek IV.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu předložených faktur formou měsíční úhrady. Výši kapitální platby, kterou Poskytovatel za registrované pojištěnce Pojišťovny nárokuje, uvede jako nedílnou součást jím předkládané faktury.
2. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele, k jejíž úhradě bude Pojišťovna povinna, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden. V případě nedoplatku bude Poskytovateli příslušná částka poukázána při úhradě hrazených služeb nebo samostatnou platbou.
3. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2017 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek V.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného seznamu zdravotních výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

Článek VI.

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2017.
3. Tento Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
4. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

