VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

Dodatek č. 23
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 7U57B051 ze dne 31.1.2008 (dále jen „Smlouva")
(výkonový způsob úhrady u všeobecných praktických lékařů)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	**Vězeňská služba ČR, Věznice Bělušice**
Sídlo (obec):	Bečov u Mostu
Ulice, č.p., PSČ:	Bělušice 66, 435 26
Zápis v obchodním rejstříku: • nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	vrchní rada plk. Mgr. Ondřej KROUPA, MBA ředitel
IČ:	00212423
IČZ:	57179000

(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 Ústecký a Liberecký	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Eva Kejzlarová vedoucí Oddělení správy smluv
Doručovací adresa (obec):	VZP ČR Teplice
Ulice, č.p., PSČ:	P.O.BOX 15, 415 01

(dále jen „**Pojišťovna**") na straně druhé

Článek I.

1. Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2020 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 (dále jen „vyhláška") s výjimkou dohodnutou 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"), uvedenou v článku II. odst. 3 a 4, článku III. odst. 5 písm. b) a odst. 10 a článku V. odst. 1 tohoto Dodatku.
2. Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 3 a 4, článku III. odst. 5 písm. b) a odst. 10 a článku V. odst. 1 tohoto Dodatku upravuje 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.

[redacted]

Článek II.

1. Služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, poskytované pojištěncům Pojišťovny všeobecnými praktickými lékaři budou vykazovány a hrazeny podle platného znění vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů"), s hodnotou bodu ve výši 1,02 Kč.
2. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 1,00 Kč.
3. Za každou epizodu péče nebo kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázanou výkonem č. 01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt u pacienta od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví úhrada ve výši 55 Kč.
4. Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2020, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna Poskytovateli uhradí 1,70 Kč. Celkovou částku dle tohoto ujednání uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2020.

Článek III.

Smluvní strany si sjednaly, že:

1. Pokud průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků 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 při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
2. Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2020 vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti"), podle Seznamu výkonů, a za výkony č. 02230 (CRP) a 01443 (INR) podle Seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky (vykazované výkony č. 01145, 01146, 01147, 01148, 02222 podle Seznamu výkonů), pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a Pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v roce 2020 vykázán výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.
4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů v hodnoceném období převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady 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 2020 poskytl hrazené služby 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 součet úhrad Pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní předepsané všeobecnými praktickými lékaři v roce 2020 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.

7. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 2 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané všeobecnými praktickými lékaři v roce 2020 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2020 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 4 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v roce 2020 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
10. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2020 a úhrady vypočtené dle článku II. odst. 3 a 4.

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.
2. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, 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. 2020 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 s hodnotou bodu ve výši 1,29 Kč 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. 2020 do 31. 12. 2020.
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.

[redacted]

[redacted]