

Dodatek č. 40 ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče

č. 8T91B161 ze dne 27.12.2007 (dále jen „Smlouva“)
(výkonový způsob úhrady u všeobecných praktických lékařů)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Česká republika-Vězeňská služba České republiky, se sídlem Soudní č. 1672/1a, 140 67 Praha 4 organizační jednotka: Věznice Heřmanice, Orlovská 670/35, 713 02 Ostrava, za kterou právně jedná na základě pověření č.j.: VS-233387-2/ČJ-2022-800020 ze dne 19.12.2022 vrchní rada plk. Mgr. Vlastimil Šugar, ředitel Věznice Heřmanice
Sídlo (obec):	Praha 4
Ulice, č.p., PSČ:	Soudní 1672/1a, 140 67
Zápis v obchodním rejstříku:	<ul style="list-style-type: none"> • nezapisuje se
Zastoupený (jméno, funkce):	vrchní rada plk. Mgr. Vlastimil Šugar ředitel Věznice Heřmanice
IČ:	00212423
IČZ:	91095999

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	
Doručovací adresa (obec):	Ostrava, Moravská Ostrava
Ulice, č.p., PSČ:	Masarykovo náměstí 24/13, 702 00

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2023 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023 (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), odst. 6 a odst. 10 a článku V. odst. 1 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 3 a 4, článku III. odst. 5 písm. b), odst. 6 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.

3. Referenčními hodnotami Poskytovatele se rozumí hodnoty příslušných úhradových ukazatelů Poskytovatele v referenčním období vypočtené dle vyhlášky č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021.

Článek II.

1. Hrazené služby budou vykazovány a hrazeny podle 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 1,09 Kč.
2. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 1,11 Kč.
3. Za každou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázanou výkonem č. 01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví úhrada ve výši 76 Kč.
4. Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2023, na jejichž základě 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 2023.

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 2023 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, 01443, 01146, 01147, 01148, 02220 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 2023 vykázan výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a výkony spojené se screeningem v rámci programu časného zachytu karcinomu plic podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů.
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 2023 poskytl hrazené služby 50 a méně pojištěncům Pojišťovny,
 - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

6. Do hodnot použitých při výpočtu regulačních omezení dle odst. 1. až 4. tohoto článku nejsou zahrnuty hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny, kterým byly v roce 2023 poskytnuty hrazené služby poskytovatelem v odbornosti 913.
7. 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 2023, nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. 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 2023 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2023 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
10. 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 2023 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2023 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2023 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. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek 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. 2023 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 podle platného Seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,50 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. 2023 do 31. 12. 2023.
3. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě 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.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu