VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Dodatek č. 16

ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 7B74B018 ze dne 12.12.2007 (dále jen „Smlouva")
(zařízení praktických lékařů pro dospělé – výkonový způsob úhrady)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	**Vězeňská služba České republiky**
Sídlo (obec):	Praha
Ulice, č.p., PSČ:	Soudní 1672/1a, 14000
Zápis v obchodním rejstříku: • nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	vrchní rada plk. Mgr. Vladan Havránek, ředitel
IČ:	00212423
IČZ:	74015000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina	
Zastoupená (jméno a funkce):	JUDr. Pavla Nováková, vedoucí oddělení správy smluv RP VZP ČR
Doručovací adresa (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Benešova 10, 659 14

(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. 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 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 (déle jen „ZVZP"), uvedenou v článku II. odst. 2 a v článku III. odst. 3 tohoto Dodatku.
2. Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 2 a v článku III. odst. 3 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.

Článek II.

1. Hrazené služby z veřejného zdravotního pojištění, poskytované pojištěncům Pojišťovny praktickými lékaři pro dospělé 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 1,00 Kč.

2. Smluvní strany se dále, v souladu s ustanovením § 17 odst. 5) věta šestá ZVZP dohodly, že za podmínky, že ČLK, resp. SPL ČR předloží Pojišťovně do 15. 12. 2016 nebo Poskytovatel do 28. 2. 2017 předloží příslušné regionální pobočce Pojišťovny jmenný seznam všech lékařů, poskytujících v rámci Poskytovatele identifikovaného „Identifikačním číslem zařízení" (IČZ) předěleným Pojišťovnou hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, potvrzující skutečnost, že nejméně 50 % těchto lékařů jsou držiteli platného diplomu o celoživotním vzdělávání, bude hodnota bodu dle článku II. odst. 1 zvýšena o 0,01 Kč.

3. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 0,90 Kč.

4. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu výkonů se sjednává úhrada 30 Kč. Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v roce 2017 nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných Pojišťovně v referenčním období, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. Za referenční období se považuje rok 2014.

Článek III.

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 vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2017 převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní v roce 2016 a zároveň, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané Poskytovatelem v roce 2017 převýší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2016, je Pojišťovna oprávněna snížit Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2017 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto 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. Pokud Poskytovatel vystaví v roce 2017 alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle článku III. odst. 1. 101 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2016.

3. Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2017, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní v roce 2016 a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2017 převýší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané Poskytovatelem v roce 2016, je Pojišťovna oprávněna snížit Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2017 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení.

4. 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), podle Seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2017 převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle Seznamu výkonů v roce 2016 a zároveň pokud celková úhrada za Poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony č. 02230 a 01443 podle Seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, v roce 2017 převýší 100 % celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle Seznamu výkonů v roce 2016, je Pojišťovna oprávněna snížit Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2017 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení. Do objemu vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony

mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu.

5. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2017, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2016 a zároveň pokud celková úhrada za Poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017 převýší 100 % celkové úhrady za Poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2016, je Pojišťovna snížit Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2017 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.
6. Regulační omezení uvedená v článku III. odst. 1 až odst. 5 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. 5,
   b) pokud Poskytovatel v roce 2017 poskytl hrazené služby 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
   c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
7. 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 dospělé v roce 2017 nepřevýší 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. 3 se nepoužije, pokud celková úhrada za zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro dospělé v roce 2017 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a za výkony CRP a INR v roce 2017, nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
10. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 5 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 5 maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za 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.
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.

V BŘECLAVI dne 27.1.2017

[redacted]

31-01-2017

V Brně dne.....

[redacted]