

CAU-12 Pokyny pro vyplnění žádosti o provedení zkrácené revize úhrad

Platnost od 1.12.2023.

Pokyn je vydáván na základě a v souladu s ustanovením § 39p odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Pokyn má doporučující charakter.

Pokyn k vyplnění formuláře žádosti o provedení zkrácené revize úhrad je návodem k vyplnění předlohy žádosti zpracované Státním ústavem pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“) na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Pokyn nenahrazuje metodický výklad zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ale slouží jako pomůcka k vyplnění žádosti.

Úplnost žádosti podle požadavků stanovených zákonem je kontrolována v rámci validace žádosti.

Část 1 – Formulář

Povinná pole **formuláře** žádosti jsou v pokynu **modře vyznačena** a ve formuláři označena *****. Pokud nejsou požadované údaje k dispozici, vyplňte pole symbolem „NA“.

1.1. Typ žádosti

Označením vyberte jednu z nabízených možností odpovídající Vašemu požadavku.

1.2. Údaje o žadateli

Žadatel

Žádost podává zdravotní pojišťovna (ustanovení § 39f odst. 2 písm. c) a § 39p odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů). Pokud bude žádost podávat jiná osoba, musí být zmocněna žadatelem, a v tom případě musí být také uvedena jako zmocněnec v oddíle „Zmocněnec“, který je v žádosti vytvořen po stisknutí volby „Přidat zmocněnce“.

Pokud je žadatelů více, doplňte je do žádosti pomocí tlačítka „Přidat žadatele“.

Název nebo obchodní jméno

Uveďte název právnické osoby shodně se zápisem v obchodním rejstříku.

Identifikační číslo je-li přiděleno (IČ)

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku.

Daňové identifikační číslo (DIČ)

Vyplňte přidělené Daňové identifikační číslo podle osvědčení o registraci k daním, ve tvaru CZ1234567890.

Adresa sídla

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku.

Adresa pro doručování

Uveďte v případě, že se liší doručovací adresa od adresy sídla žadatele. Pokud zvolíte „Adresu pro doručování“ je vyplnění úplné adresy povinné.

Telefon

Uveďte pevnou linku nebo číslo mobilního telefonu žadatele.

E-mail

Uveďte e-mail žadatele ve formátu na@na.na. Na tuto e-mailovou adresu bude zasláno potvrzení o přijetí elektronického podání žádosti, pokud bude žádost zaslána pomocí tlačítka „Odeslat podepsaný formulář“.

Datová schránka

Uveďte identifikátor datové schránky žadatele.

Pověřená osoba

Uveďte osobu dle obchodního rejstříku oprávněnou jednat za společnost, případně osobu, která je k jednání v této věci pověřená. Oprávněnost lze prokázat výpisem z obchodního rejstříku, případně pověřením k zastupování.

Zmocněnec

Pokud zvolíte „Přidat zmocněnce“, výběr jedné z nabízených možností zmocněné osoby je povinný.

Zmocněnec – Fyzická osoba

Jméno a příjmení

Identifikační číslo je-li přiděleno (IČ)

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku.

Adresa trvalého pobytu

Uveďte místo trvalého pobytu.

Adresa pro doručování

Uveďte v případě, že se liší doručovací adresa od adresy bydliště zmocněnce. Pokud zvolíte „Adresu pro doručování“ je vyplnění úplné adresy povinné.

Telefon

Uveďte pevnou linku nebo číslo mobilního telefonu zmocněné osoby.

E-mail

Uveďte e-mail zmocněné osoby ve formátu na@na.na

Datová schránka

Uveďte identifikátor datové schránky zmocněné osoby.

Zmocněnec – Právnícká osoba

Název nebo obchodní jméno

Uveďte název právnické osoby shodně se zápisem v obchodním rejstříku.

Identifikační číslo (IČ)

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku,

Adresa sídla

Uveďte shodně se zápisem v obchodním rejstříku.

Adresa pro doručování (v případě, že je odlišná od adresy sídla)

Uveďte v případě, že se liší doručovací adresa od adresy sídla zmocněnce. Pokud zvolíte „Adresu pro doručování“ je vyplnění úplné adresy povinné.

Telefon

Uveďte pevnou linku nebo číslo mobilního telefonu zmocněné osoby.

E-mail

Uveďte e-mail zmocněné osoby ve formátu na@na.na

Datová schránka

Uveďte identifikátor datové schránky zmocněné osoby.

Pověřená osoba

Uveďte osobu dle obchodního rejstříku oprávněnou jednat za společnost, případně osobu, která je k jednání v této věci pověřená. Oprávněnost lze prokázat výpisem z obchodního rejstříku, případně pověřením k zastupování.

1.3. Specifikace žádosti

Označení a název referenční skupiny/Označení a název skupiny terapeuticky zaměnitelných přípravků

Uveďte označení a název referenční skupiny/skupiny terapeuticky zaměnitelných přípravků (dle zvoleného typu žádosti). K tomuto účelu je možné využít [Přehled referenčních skupin a skupin léčivých látek dle přílohy č. 2, Státní ústav pro kontrolu léčiv \(sukl.cz\)](#) publikovaný na webu Ústavu.

Dotčené léčivé přípravky

Uvedení léčivého přípravku je povinné vždy v případě vysoce inovativních léčivých přípravků.

Léčivé přípravky, popř. potraviny pro zvláštní lékařské účely uveďte buď vyplněním sedmimístného kódu přípravku přiděleného Ústavem a potvrzením tlačítkem „Načíst Přípravek“ nebo pomocí tlačítka „Přidat přípravek bez načtení“, kdy je nutné vyplnit jednotlivé položky níže.

Kód SÚKL

Vyplňte sedmimístný kód přípravku přidělený Ústavem

Název léčivého přípravku

Vyplňte název přípravku

Cesta podání

Vyplňte cestu podání přípravku

Doplňěk názvu

Vyplňte doplňěk názvu přípravku

Tlačítkem „Přidat léčivý přípravek“ lze zadat více přípravků.

Výše úhrady/ODTD v Kč nejméně nákladného přípravku

Doplňte výši úhrady/ODTD v Kč nejméně nákladného přípravku

Nejméně nákladný přípravek

Nejméně nákladný přípravek uveďte buď vyplněním sedmimístného kódu přípravku přiděleného Ústavem a potvrzením tlačítkem „Načíst Přípravek“ nebo pomocí tlačítka „Přidat přípravek bez načtení“, kdy je nutné vyplnit jednotlivé položky níže.

Kód SÚKL

Vyplňte sedmimístný kód přípravku přidělený Ústavem

Název léčivého přípravku

Vyplňte název přípravku

Cesta podání

Vyplňte cestu podání přípravku

Doplňěk názvu

Vyplňte doplňěk názvu přípravku

Předpokládaná úspora prostředků zdravotního pojištění za rok v Kč

Doplňte předpokládanou úsporu prostředků zdravotního pojištění v Kč za rok

První revize systému úhrad proběhla

Doplňte označením pole Ano/Ne

Zdůvodnění žádosti

Textem popište odůvodnění předpokládané úspory.

Část 2 – Přílohy

Zde můžete přiložit přílohy.

Uložení/načtení formuláře

viz doporučení uvedené přímo ve formuláři

Odeslání

viz pokyny uvedené přímo ve formuláři