

**D o d a t e k   č .   41**  
**ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb**  
**č. 7B72A266, ze dne 2. 1. 2008 (dále jen „Smlouva“)**

(poskytovatel v odbornostech 603, 604 – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie)

uzavřené mezi smluvními stranami:

**Poskytovatelem:**           **MEDICONET s.r.o.**  
sídlo:                       Praha, Na Poříčí 1040/10, 110 00  
zastoupený               Barna Papay, Ing. Miloň Miller, Tomáš Zapletal  
IČO: 26775816           **IČZ: 72073000**  
(dále jen „**Poskytovatel**“)

a

**Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, IČO 41197518,**  
sídlo:                       Praha 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00  
zastoupená:               JUDr. Pavla Nováková, vedoucí oddělení správy smluv, Regionální  
                                    pobočky Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina  
doručovací adresa:   Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj  
                                    Vysočina  
                                    Brno, Benešova 10, 659 14  
(dále jen „**Pojišťovna**“)

Smluvní strany se v návaznosti na výsledky Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015 a v souladu s ustanovením §17 odst. 5) věty šesté zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „ZVZP“) ve znění pozdějších předpisů dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015 bude prováděna následovně.

**Článek I.**

1. Hrazené služby v **odbornosti 603 a 604** poskytované pojištěncům Pojišťovny v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015, budou vykazovány a hrazeny výkonově dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen Seznam výkonů), kdy hodnota bodu se sjednává ve výši **1,07 Kč za bod**.
2. Celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto (dále jen „celková úhrada“):

**POPzpo x PUROo x Inu**

kde:

**POPzpo**   počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; za unikátního pojištěnce Pojišťovny v hodnoceném období se nebude považovat pojištěnec Pojišťovny, na kterého byl vykázan pouze výkon 09511 (Minimální kontakt lékaře s pacientem) nebo 09513 (Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem). **Hodnoceným obdobím je rok 2015**; unikátním ošetřeným pojištěncem se rozumí jeden

pojištěnec Pojišťovny ošetřený Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo zdravotních služeb vyžádaných. Pokud byl tento pojištěnec Poskytovatelem v dané odbornosti ošetřen v příslušném hodnoceném, nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních pojištěnců rozumí součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily.

**PUROo** průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu (dále ZUM) a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále ZULP) na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny ošetřeného Poskytovatelem v referenčním období (uhrazené bonifikace za preventivní prohlídky a za nově registrované pojištěnky do výpočtu výše průměrné úhrady nevstupují). V referenčním období se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny započítávají i ti, pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon 09511 nebo 09513.  
**Referenčním obdobím se rozumí rok 2013.**

**Inu** index nárůstu úhrad, který činí **1,07**.

Do výpočtu celkové úhrady se nezahrnují hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem dle odst. 5 a odst. 13 toho Článku. Celkovou úhradou jsou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem v hodnoceném období.

3. Celková úhrada podle článku I. odst. 2 bude navýšena níže uvedeným způsobem, pokud Poskytovatel bude po celé hodnocené období splňovat níže uvedené podmínky:

a) index bonifikace dostupnosti hrazených služeb – navýšení indexu Inu:

o **0,02** – počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 24 hodin týdně alespoň u jednoho lékaře, který poskytuje zdravotní služby v odbornosti 603 (604) v rámci Poskytovatele a současně rozložení ordinační doby alespoň do 4 pracovních dnů v týdnu u tohoto lékaře, přičemž alespoň jeden den v týdnu má tento lékař prodloužený do 18 hodin, nebo

o **0,03** – počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 24 hodin týdně alespoň u jednoho lékaře, který poskytuje zdravotní služby v odbornosti 603 (604) v rámci Poskytovatele a současně rozložení ordinační doby alespoň do 4 pracovních dnů v týdnu u tohoto lékaře, přičemž alespoň jeden den v týdnu má tento lékař prodloužený do 18 hodin a alespoň jeden den v týdnu je začátek ordinační doby od 7 hodin,

b) index certifikace – navýšení indexu Inu o **0,02** při doložení certifikátu ISO 9001.

4. 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 31.3.2015 jmenný seznam všech lékařů, poskytujících v rámci daného IČZ Poskytovatele hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, potvrzující skutečnost, že nejméně 50% těchto lékařů jsou držiteli platného diplomu o celoživotním vzdělávání, bude hodnota bodu dle Článku I. odst. 1 zvýšena o **0,01 Kč** a při výpočtu celkové úhrady bude použit index nárůstu úhrad Inu ve výši 1,08.
5. Nad rámec úhrady podle článku I. odst. 2 a 3, Pojišťovna uhradí v dané odbornosti maximálně 1x za rok 2015 na jednoho pojištěnce vyšší z částek:
  - a) Bonifikace za provedenou preventivní prohlídku (tj. podmínka vykázání kódu 63050) – **125,- Kč** – podmínkou je platná registrace pojištěnce v Kapitačním centru u Poskytovatele uskutečněná v hodnoceném období; nárok na bonifikaci vzniká pouze



v případě, že poměr provedených preventivních prohlídek na registrované pojištěnce k počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny v hodnoceném období bude vyšší než 30%.

- b) Bonifikace za nově zaregistrovaného pojištěnce, který nebyl v péči daného Poskytovatele (tzn., že na něho nebyl vykázán v posledních dvou letech tímto Poskytovatelem žádný z výkonů 63050, 63051, 63021 a 63022) ve výši **200,- Kč** – podmínkou vzniku nároku na bonifikaci je vykázání výkonu 63021 a uznání nové registrace pojištěnce v Kapitáčním centru v hodnoceném období.
6. Poskytovatel předává doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Pokud Poskytovatel předává dávku č. 80 - přihlášky registrovaných pojištěnců elektronickou formou, je povinen ji předat Pojišťovně do 5. pracovního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány.
  7. Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po ukončení hodnoceného období nebudou podnětem pro přepočítání bonifikací uvedených v odst. 5 tohoto článku.
  8. V případě, že Poskytovatel v referenčním období neexistoval, popřípadě neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, je Pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných Poskytovatelů.
  9. U Poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v dané odbornosti (tj. ke změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se výše úhrady Poskytovateli podle článku I. odst. 2 navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně ZUM a ZULP, neuhrazených v rámci celkové úhrady, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.  
Nově nasmlouvané výkony (kromě výkonu 63050) se pro tyto účely ocení podle Seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu ve výši **1,- Kč**.
  10. Pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem počtu těhotných pojištěnek.
  11. Pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na ZUM, ZULP na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
  12. Smluvní strany se dohodly, že pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinálních hodin týdně, odst. 2. tohoto Článku se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$ =kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
  13. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada 30 Kč. Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinasobku 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 2013.



## Článek II. Regulační omezení

Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve smluvních odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle Seznamu výkonů (dále vyjmenované odbornosti) bude prováděna dále uvedeným způsobem. Referenčním obdobím je rok 2013, hodnoceným obdobím je rok 2015.

1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Pojišťovna je oprávněna Poskytovateli snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 ZVZP
2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, Pojišťovna je oprávněna Poskytovateli snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu, prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu, a výkon 95201, prováděný Poskytovatelem, který má akreditaci MZ ČR pro provádění screeningové cytologie a který má s Pojišťovnou na poskytování tohoto výkonu uzavřenou Smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2015 hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.
3. Regulační omezení se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 1 a 2 tohoto článku.
4. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, Pojišťovna po dohodě s Poskytovatelem úměrně upraví hodnoty průměrných úhrad v referenčním období, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
5. V případě, že Poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenou smlouvu s Pojišťovnou, může Pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 1 a 2 tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných Poskytovatelů.
6. Smluvní strany se dohodly, že pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinačních hodin týdně, odst. 1. a 2. tohoto Článku se nepoužijí. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$ =kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
7. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 1 tohoto článku, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2015 nepřevyšší na tento druh



hrazených služeb předpokládanou výši úhrad, vycházejícího ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny na rok 2015.

8. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 2 tohoto článku, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2015, vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny na rok 2015.
9. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 1 a 2 tohoto článku maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za ZUM a ZULP a za výkony 09543 za rok 2015.
10. Pokud Poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle odst. 1. tohoto článku.

### **Článek III.**

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu předběžných faktur formou měsíční úhrady a ročního finančního vypořádání.
2. Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenčního období. Zvolenou formu předběžné úhrady zachová Pojišťovna po celé hodnocené období, pokud Poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.

#### **Pro rok 2015 předběžná úhrada činí 20 000,00 Kč měsíčně.**

Předložení faktury na částku převyšující dohodnutou měsíční předběžnou úhradu opravňuje Pojišťovnu vrátit Poskytovateli příslušnou fakturu k provedení opravy. V takovém případě běží lhůta splatnosti sjednaná ve Smlouvě až od termínu opětovného převzetí faktury Pojišťovnou.

3. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. 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.
4. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2015 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto hrazených služeb platí cenová 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 IV.**

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného seznamu zdravotních výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou uhrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny; tyto hrazené služby se nezahrnují do regulačních omezení.

3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v příslušném ustanovení vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

#### Článek V.

1. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
1. Tento dodatek nabývá platnosti dnem jeho uzavření a účinnosti dne 1. 1. 2015.
2. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2015.
3. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
4. Kde je ve Smlouvě uveden pojem Zdravotnické zařízení, je tím myšlen pojem Poskytovatel, a kde je uveden pojem zdravotní péče, je tím myšlen pojem hrazené služby.
5. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V.....*Brase*.....dne *29.12.2014*.....

V Brně dne 29. prosince 2014

