

uzavřené mezi smluvními stranami:

a

(ďále jen „**Pojišťovna**“)

1. 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 ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“) dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015 bude prováděna následovně.
2. Hrazené služby asistované reprodukce (dále jen „IVF“) poskytované v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015 budou hrazeny výkonově. Tyto hrazené služby jsou vykazovány výhradně výkony s kódy č. 63901, 63902, 63903, 63908 a 63909, a to **s hodnotou bodu 1,- Kč za bod.**
3. Skutečně použitá léčiva budou vykázána k výkonu s kódem č. 63909 jako ZULP v průměrné dávce 2250 jednotek gonadotropinu na jeden léčebný IVF cyklus. K tomu je možno v rámci jednoho léčebného IVF cyklu vykázat:
 1. GnRH analog depotní, 1 dávka **nebo**
 2. GnRH analog krátkodobě působící, jednodenní 28 dávek **nebo**
 3. GnRH antagonist krátkodobý jednodenní 6 dávek **nebo**
 4. GnRH antagonist depotní 1 dávka a antagonist krátkodobý 1 dávka

Článek II. Regulační omezení

Regulační omezení 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 vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznamu výkonů“ a „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 a výkon č. 95201, prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů 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 ordinálních hodin týdně, odst. 1. a 2. tohoto Článku se nepoužijí. 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.
7. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 1 tohoto článku, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2015 nepřevýší 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 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.
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. 2015 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto 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 č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

Článek V.

1. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Tento dodatek nabývá platnosti dnem jeho uzavření a účinnosti dne 1. 1. 2015.
3. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2015.
4. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

5. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V Brně dne 12.6.2015

V Brně dne 18-06-2015

