

Dodatek č. 2 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 2444M001 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel asistované reprodukce „IVF“ – odbornost 613)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Fakultní nemocnice Plzeň
Sídlo (obec):	Plzeň
Ulice, č.p., PSČ:	Edvarda Beneše 1128/13, 301 00
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">nezapíše se	
Zastoupený (jméno, funkce):	doc. MUDr. Václav Šimánek, Ph.D., ředitel
IČ:	00669806
IČZ:	44101000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Plzeň, pobočka pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	
Doručovací adresa (obec):	Plzeň
Ulice, č.p., PSČ:	Sady 5. května 59, 306 30

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 (dále jen „vyhláška“) s výjimkami dohodnutými 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“), uvedenými v článku II. a v článku IV. odst. 2 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené v článku II. a v článku IV. odst. 2 tohoto Dodatku upravují 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 IVF a IUI budou Poskytovatelem vykazovány k úhradě výhradně níže uvedenými výkony s kódy VZP a Pojišťovnou hrazeny hodnotou bodu ve výši 1,32 Kč, s výjimkou výkonů 63922 a 63923, které budou hrazeny hodnotou bodu ve výši 1,29 Kč:
 - a) 63901 - (VZP) IVF cyklus přerušený před odběrem oocytů
 - b) 63902 - (VZP) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí
 - c) 63903 - (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí
 - d) 63908 - (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya
 - e) 63909 - (VZP) Kód pro vykazání ZULP při péči IVF – pouze pro centra asistované reprodukce
 - f) 63914 - (VZP) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu
 - g) 63915 - (VZP) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI
 - h) 63916 - (VZP) Intrauterinní inseminace (IUI)
 - i) 63920 - (VZP) Odběr a uchování zárodečných buněk - oocytů - u indikovaných pacientů
 - j) 63921 - (VZP) Odběr a uchování zárodečných buněk - spermií - u indikovaných pacientů
 - k) 63922 - (VZP) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – oocytů – u indik. pacientů
 - l) 63923 - (VZP) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – spermií – u indik. pacientů
2. Hodnoty bodu budou uvedené v odst. 1 se po skončení hodnoceného období navýší na základě splnění níže stanovených kvalitativních kritérií o maximálně 0,05 Kč následovně:
 - a) o 0,02 Kč, pokud podíl Poskytovatelem provedených, vykázaných a Pojišťovnou uznaných výkonů IUI (63916) na celkovém počtu Poskytovatelem provedených, vykázaných a Pojišťovnou uznaných výkonů asistované reprodukce IUI a IVF (63901, 63902, 63903, 63908 a 63916) dosáhne alespoň hodnoty 0,2 a zároveň nepřesáhne hodnotu 0,5;
 - b) o 0,01 Kč, pokud průměrný počet Poskytovatelem provedených, vykázaných a Pojišťovnou uznaných výkonů IUI a IVF (63901, 63902, 63903, 63908 a 63916) na jednoho pojištěnce ve věku do 38 let (tj. pojištěnce, který v roce 2025 nedovrší 38 let) dosáhne průměrné hodnoty maximálně 3,6 za hodnocené období (tj. 3,6 pokusů na jednoho pojištěnce za rok);
 - c) o 0,01 Kč, pokud průměrný počet Poskytovatelem provedených, vykázaných a Pojišťovnou uznaných výkonů IUI a IVF (63901, 63902, 63903, 63908 a 63916) na jednoho pojištěnce ve věku od 38 let (tj. pojištěnce, který nejpozději v roce 2025 dovrší 38 let) dosáhne průměrné hodnoty maximálně 4,6 za hodnocené období (tj. 4,6 pokusů na jednoho pojištěnce za rok);
 - d) o 0,01 Kč, pokud bude dosaženo těhotenství alespoň u 40 % pojištěnců Pojišťovny ve věku do 38 let (tj. pojištěnců, kteří v roce 2025 nedovrší 38 let), u kterých Poskytovatel provedl v hodnoceném období alespoň jeden výkon IUI nebo IVF (63901, 63902, 63903, 63908 a 63916). Za otěhotnění je považováno vykazání výkonu VZP č. 63897 – Platba za péči o těhotnou v I. trimestru těhotenství, případně vykazání výkonu č. 63053 – Komplexní prenatální vyšetření kterýmkoliv poskytovatelem v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví, a to v intervalu nejpozději do 90 dní od provedení výkonu IUI nebo IVF.
3. Navýšení úhrady vypočtené podle odst. 2 tohoto článku Pojišťovna uhradí Poskytovateli nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období, přičemž do vyhodnocení budou zahrnuty služby vykázané Poskytovatelem nejpozději do 5. 4. 2026 a uznané Pojišťovnou.
4. Léčiva použitá v rámci výkonů IVF budou vykazována k úhradě s kódem č. 63909 jako ZULP a budou hrazena ve výši odpovídající skutečně spotřebovaným ZULP, maximálně však částkou odpovídající 2 250 jednotkám gonadotropinu na jeden léčebný IVF cyklus (dále jen „průměrná dávka“). V případě, že Poskytovatel v některém z léčebných IVF cyklů hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých jedné pojištěnce spotřebuje méně ZULP, než kolik činí průměrná dávka, je v dalších léčebných IVF cyklech hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých této pojištěnce oprávněn vykazat ZULP ve vyšším rozsahu, než kolik činí průměrná dávka, za předpokladu, že průměrná hodnota ZULP vykázaného Poskytovatelem v průběhu všech léčebných IVF cyklů nepřevýší průměrnou dávku.

Nad rámeček průměrné dávky je možno v rámci jednoho léčebného IVF cyklu vykazat:

- 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 III.

Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“) podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam výkonů“) bude prováděna dále uvedeným způsobem.

1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného 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 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony 95201, 95202, 95203, 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 výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2025 hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.
3. Regulační omezení dle odst. 1 a 2 tohoto článku se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 1 a 2 tohoto článku.
4. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 1 tohoto článku, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2025 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2025 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
5. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 2 tohoto článku, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2025 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2025, vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
6. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, Pojišťovna po dohodě s Poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro účely uplatnění regulačních omezení dle odst. 1 a 2 tohoto článku přiměřeně upraví.
7. V případě, že Poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu s Pojišťovnou, může Pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 1 a 2 tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných Poskytovatelů.
8. Pojišťovna uplatní regulační srážku podle odst. 1 a 2 tohoto článku maximálně do výše odpovídající 25 % objemu celkové úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
9. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti podle seznamu výkonů 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinčních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1. a 2. tohoto článku. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinčních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n =kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
10. Pokud Poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle odst. 1. tohoto článku.

Článek IV.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby ve výši vypočtené dle článku II. tohoto Dodatku a v termínech dohodnutých ve Smlouvě.
2. Finanční vypořádání regulačních mechanismů bude provedeno nejpozději do 30. 5. 2026.
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. 2025 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto hrazených služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty.

Článek V.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel způsobem uvedeným v článku II. samostatnou fakturou, doloženou dárkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby dle článku II. odst. 1. poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny hodnotou bodu ve výši 1,32 Kč, s výjimkou výkonů 63922 a 63923, které budou hrazeny hodnotou bodu ve výši 1,29 Kč, přičemž tyto hrazené služby se nezahrnují do vyhodnocení a navýšení úhrady dle článku II. odst. 2 a odst. 3 a do regulačních omezení uvedených v článku III.
3. 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. 2025 do 31. 12. 2025. Smluvní strany se dohodly, že bude-li u konkrétní pojištěnky zahájeno poskytování léčebných IVF cyklů v období od 1. 1. 2025 do 31.12.2025 a nebude v tomto období ukončeno, zůstává pro tento případ zachován způsob vykazování ZULP uvedený v článku II. odst. 4 tohoto Dodatku i po 31.12.2025, a to až do ukončení poskytování IVF cyklů hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
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