



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Dodatek č. 5

ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb č. 4P45Z001 ze dne 31.10.2014
(poskytovatel specializované ambulantní zdravotní péče – dohoda a vzdělávání)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel: **Mediclinic a.s.**
kterou zastupuje: Ing. Petr Kameník, na základě plné moci ze dne 7. 3. 2014
sídlo: Minská 84/97, 616 00 Brno - Žabovřesky
IČO: 27918335
IČZ: **45882000**
(dále jen „Poskytovatel“)

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky IČO 41197518,
sídlo: Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3
kterou zastupuje: Ing. Jarmila Drechslerová
funkce: pověřena vedením oddělení správy smluv RP VZP ČR Plzeň, pobočky pro Jihočeský,
Karlovarský a Plzeňský kraj
doručovací adresa: Regionální pobočka VZP ČR Plzeň
Sady 5. května 59, 306 30 Plzeň
(dále jen „Pojišťovna“)

Článek I.

1. Smluvní strany se, 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 1. 1. 2015 do 31. 12. 2015 bude prováděna způsobem dále uvedeným v tomto dodatku
2. Hrazené služby poskytované pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2015, budou vykazovány a hrazeny dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“) s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}), která je určena způsobem sjednaným v odst. 3 tohoto Článku. Výkon č. 09543 podle Seznamu výkonů bude hrazen způsobem, který je sjednán v odst. 11 tohoto Článku.
3. Výsledná hodnota bodu (HB_{red}) se stanoví takto:

$$HB_{red} = FS + VS$$

kde:

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých zdravotních výkonů; **hodnocené období je rok 2015**

FS je fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,31 Kč; v případě splnění podmínek uvedených v odst. 5 tohoto článku je fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,32 Kč

VS je variabilní složka úhrady spočtená dle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right) \right\}$$

Kde:
HB je hodnota bodu (HB) ve výši 1,03 Kč; v případě splnění podmínek uvedených v odst. 5 tohoto článku je hodnota bodu (HB) ve výši 1,04 Kč

PBref celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů, do něhož se nezapočte 40% bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu, přepočtených podle Seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2015; **referenční období je rok 2013**. Referenční hodnoty oznámí Pojišťovna Poskytovateli do 30. 4. 2015

PBho celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období; **hodnocené období je rok 2015**

UOPref počet unikátních pojištěnců v referenčním období; **referenční období je rok 2013**. Referenční hodnoty oznámí Pojišťovna Poskytovateli do 30. 4. 2015.

UOPho počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze zdravotní výkon 09513; **hodnocené období je rok 2015**

Min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejmenší

4. Unikátní pojištěnec - 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 služeb nebo 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. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.
5. Smluvní strany se dále, v souladu s ustanovením § 17 odst. 5) věta šestá ZVZP dohodly, že za podmínky, že
 - a) ČLK do 31. 3. 2015 předloží Pojišťovně nebo
 - b) Poskytovatel do 30. 4. 2015 předloží příslušné regionální pobočce Pojišťovnyjmenný 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 (HB) dle Článku I. odst. 3 navýšena **na hodnotu bodu (HB) 1,04 Kč a fixní složka úhrady (FS) na výši 0,32 Kč**.
6. Pokud Poskytovatel v referenčním období neexistoval, popřípadě neposkytoval péči v dané odbornosti, budou použity pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
7. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se PBref podle odst. 3. tohoto Článku navýší o počet bodů, který odpovídá Poskytovatelem vykázaným a Pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
8. Výpočet výsledné hodnoty bodu v dané odbornosti podle odst. 3. tohoto článku se nepoužije:

- a) pokud Poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
 - b) v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.
 - c) u výkonů č. 09555 a 09532 podle Seznamu výkonů.
 - d) u výkonů č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle Seznamu výkonů poskytovaných pojištěncům Pojišťovny v odbornosti gastroenterologie.
 - e) u výkonů č. 73028 a 73029 pro výkony novorozeneckého screeningu podle Seznamu výkonů poskytovaných pojištěncům Pojišťovny v odbornosti 701 nebo 702.
 - f) u výkonu č. 09543 podle Seznamu výkonů.
9. V případech, uvedených v odst. 8. písm. a) až d) tohoto Článku se výkony hradí s hodnotou bodu (HB) ve výši 1,03 Kč pro poskytovatele, kteří nesplňují podmínku uvedenou v odst. 5 tohoto článku nebo s hodnotou bodu (HB) ve výši 1,04 Kč pro poskytovatele, kteří podmínku uvedenou v odst. 5 splňují.
10. V případech, uvedených v odst. 8. písm. e) tohoto Článku se výkony hradí s hodnotou bodu (HB) ve výši 1,00 Kč pro poskytovatele, kteří nesplňují podmínku uvedenou v odst. 5 tohoto článku nebo s hodnotou bodu (HB) ve výši 1,01 Kč pro poskytovatele, kteří podmínku uvedenou v odst. 5 splňují.
11. V případě, uvedeném v odst. 8. písm. f) tohoto Článku platí, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznávaný výkon č. 09543 podle Seznamu výkonů se stanoví úhrada 30 Kč. Maximální úhrada, kterou Pojišťovna nejvýše uhradí 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. Referenční hodnoty, tzn. počty výkonů č. 09543, vykázaných Poskytovatelem Pojišťovně v referenčním období, oznámí Pojišťovna Poskytovateli do 30. 4. 2015.

Článek II.

Regulační omezení

Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál a za vyžádanou péči ve smluvních odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 podle Seznamu výkonů (dále vyjmenované odbornosti). Referenčním obdobím je rok 2013, hodnoceným obdobím je rok 2015.

1. Regulační omezení uvedená v odst. 2 až 4 tohoto článku Pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila Poskytovateli do 30. dubna 2015 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
- a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.“) a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období
 - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období
 - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období

2. 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 může Poskytovateli po skončení hodnoceného období 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, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě.
3. Pokud Poskytovatel dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, Pojišťovna může 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, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, 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 2015 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
4. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, Pojišťovna může Poskytovateli po skončení hodnoceného období snížit úhradu o částku odpovídající 40 % částky, o níž celková úhrada za uvedené zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období překročila úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě.
5. Regulační omezení podle odst. 2 až 4 tohoto článku se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 2 až 4 tohoto článku.
6. Regulační omezení podle odst. 2 tohoto článku se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015, vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
7. Regulační omezení podle odst. 3 tohoto článku se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015, vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Regulační omezení podle odst. 4 tohoto článku se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší u Pojišťovny 100% úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
9. Pokud u Poskytovatele došlo oproti referenčnímu období ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, Pojišťovna může po dohodě s Poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upravit; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.

10. Pokud Poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu Smlouvu s Pojišťovnou, použije Pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 2 až 4 tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
11. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním období nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinačních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 2 až 4 tohoto článku. 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.
12. Pojišťovna uplatní regulační srážku podle odst. 2 až 4 tohoto článku maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období
13. Pojišťovna smí uplatnit regulační srážky dle odst. 2 až 4 maximálně u 5% Poskytovatelů příslušné odbornosti, kteří regulační limity překročili, a to těch, u nichž je překročení regulačních limitů nejvyšší.
14. Pokud Poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle odst. 2 tohoto článku.
15. Pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle odst. 2 až 4 tohoto článku Pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Článek III.

1. Pojišťovna uhradí Poskytovateli poskytnuté a vykázané zdravotní služby následujícím způsobem:
 - a) zdravotní služby podle Článku I. odst. 8. písm. c) a f) tohoto dodatku budou uhrazeny ve výši, odpovídající součinu počtu bodů za Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané výkony a příslušné hodnoty bodu; za účelem úhrady těchto zdravotních služeb Poskytovatel nepředkládá Pojišťovně samostatné faktury; za fakturaci podle Článku IV. odst. 4 Smlouvy a Kapitoly III. Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP (dále Metodika), smluvní strany považují předávání dávek dokladů za poskytnuté hrazené služby s přílohami v souladu s Metodikou a Smlouvou. Úhrada dle tohoto odstavce bude prováděna v rámci měsíčního vyúčtování, to znamená samostatnou úhradou nad rámec úhrady obsažené v předběžné měsíční úhradě.
 - b) zdravotní služby, neuvedené v písm. a) tohoto odstavce, budou hrazeny formou předběžných měsíčních úhrad ve výši jedné dvanáctiny 100% objemu úhrady za referenční období (referenční období je rok 2013) a následného ročního finančního vypořádání. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby dle tohoto ujednání v termínech dohodnutých ve Smlouvě a ve výši dohodnuté předběžné měsíční úhrady.
2. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc.
3. **Pro rok 2015 předběžná úhrada činí 244.136,- Kč měsíčně.**
4. Zvolenou formu předběžné měsíční úhrady zachová pojišťovna po celé hodnocené období. Předběžné úhrady za hodnocené období se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
5. Částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby podle odst. 1. písm. b) tohoto Článku nesmí za příslušný měsíc překročit měsíční předběžnou úhradu stanovenou pro rok 2015.

- ## Článek IV.

- ## Článek V.

- Brno dne 20.02.2015

Plzeň dne 23-02-2015