

DODATEK typ „A“ č. 1/2015

ke Smlouvě č. **smlouva** o poskytování a úhradě zdravotních služeb
(dále jen smlouva)
mezi

**Zaměstnaneckou pojišťovnou Škoda
se sídlem v Mladé Boleslavi, Husova 302**

IČO: 46354182

**bankovní spojení: ČSOB a.s., a
pobočka Mladá Boleslav,
č.ú.: 1684811/0300**

zapsanou do OR, vedeného MS v Praze oddíl A, vložka 7541

kterou zastupuje

**Ing. Darina Ulmanová, MBA, ředitelka ZPŠ
(dále jen ZPŠ)**

Název1

Název2

Ulice

Město

Psč

IČZ: IČZ

(dále jen Poskytovatel)

Smluvní strany shora uvedené se níže uvedeného dne, měsíce a roku dohodly v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a podle přílohy č. 3 k vyhlášce č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015, že úhrada hrazených zdravotních služeb poskytnutých pojištěncům ZPŠ v období od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2015 bude prováděna takto:

Článek I.

- 1) Úhrada pojištěncům ZPŠ a z EU Poskytovatelem poskytnutých ambulantních specializovaných hrazených služeb v období **od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2015** bude prováděna výkonovým způsobem dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů a za podmínek daných zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a to proto, že Poskytovatel poskytl v referenčním období roku 2013 zdravotní služby statisticky významnému počtu pojištěnců ZPŠ (101 a více unikátních ošetřených pojištěnců ZPŠ) či poskytuje hrazené služby pouze v obecně nelimitované odbornosti. Smluvní strany sjednávají hodnotu 1 bodu za výkony ambulantních specializovaných hrazených služeb na rok 2015 takto:
 - a) **1,08 Kč** pro Poskytovatele ve smluvních odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů, vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro Poskytovatele vykazující výkony odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů,
 - b) **0,90 Kč** pro Poskytovatele poskytující hemodialyzační péči s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši **0,75 Kč**,
 - c) **1,00 Kč** pro Poskytovatele smluvní odbornosti 927 – ortoptista, podle seznamu výkonů, pro Poskytovatele smluvní odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů, pro Poskytovatele smluvní odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů, pro Poskytovatele smluvní odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů, a pro výkony odbornosti 613 – IVF,
 - d) **0,68 Kč** pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 vykazované podle seznamu výkonů Poskytovateli ve smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie, dále v téže hodnotě 1 bodu výkony 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů,
 - e) **1,03 Kč** pro screeningové výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů, poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů,
 - f) **1,00 Kč** pro výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701 nebo 702 podle seznamu výkonů,

- 2) Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Hodnota bodu (HB) se stanoví ve výši 1,03 Kč upravena indexem dostupnosti I_d , fixní složka úhrady (FS) se stanoví ve výši 0,31 Kč a výsledná hodnota bodu (HB_{red}) se stanoví takto:

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

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS je fixní složka úhrady

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu upravena indexem dostupnosti I_d , ($1,03 \times 1,01 = 1,04$ Kč)

I_d hodnota indexu dostupnosti je **1,01** při splnění podmínek při úvazku 1 (při kratším úvazku se podmínky přepočítávají koeficientem $n/30$) **ordinační doby 30 hodin týdně a současně umožnění pojištěncům využití objednávkový systém s garancí maximálně 30 minutového zpoždění přijetí k vyšetření po čase, na který je pojištěnec objednan**. V případě, že v průběhu roku 2015 ZPŠ prokáže Poskytovateli neplnění výše uvedených podmínek, bude celkové vyhodnocení úhrad roku 2015 provedeno při hodnotě indexu dostupnosti **1,00**

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a ZPŠ uznaných bodů v referenčním období, do něhož se nezapočte 40 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu, což činí **bodů**

PB_{ho} celkový počet poskytovatelem vykázaných a ZPŠ uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období, což činí **pojištěnců**

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejmenší

- 3) U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se ZPŠ, nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije ZPŠ pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
- 4) 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 PB_{ref} podle bodu 2 navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a ZPŠ uznaným nově nasmlouvaným výkonům.

- 5) Výpočet výsledné hodnoty bodu v dané odbornosti podle bodu 2 se nepoužije:
- a) v případě poskytovatele, který 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 výkonu č. 09555.
- V těchto případech se výkony hradí výslednou hodnotou bodu (HB_{red}) ve výši 1,04 Kč.
- 6) ZPŠ bude Poskytovateli proplácet provedené hrazené služby v roce 2015 výkonovým způsobem ve formě průběžné úhrady vypočtené jako součin průměrné úhrady na unikátně ošetřeného pojištěnce vypočtené dle článku I odst. 2, která činí Kč a počtu unikátně ošetřených pojištěnců v hodnoceném období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 30. 4. 2016 z vyúčtování, která za rok 2015 obdrží nejpozději do 10. 3. 2016.
- 7) ZPŠ přistoupí v roce 2015 ke kompenzaci zrušení vybírání regulačních poplatků za návštěvu poskytovatele v případě, že byl poskytovatelem vykázán a ZPŠ uznán výkon č. 09543, podle Seznamu zdravotních výkonů u pojištěnců starších 18ti let.
- 8) Smluvní strany ujednaly pro období roku 2015, že za každý poskytovatelem vykázaný a ZPŠ uznávaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30,-- Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období roku 2015 nepřekročí v korunách třicetinasobek počtu uvedeného výkonu v referenčním období roku 2013, který činí Kč.
- 9) Smluvní strany ujednaly, že úhrada sjednaného výkonu č. 09543 bude probíhat výkonově s každým vyúčtováním hrazených služeb v průběhu roku 2015. Po ukončení roku 2015, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení roku, provede ZPŠ celkové vyhodnocení provedených úhrad sjednaného výkonu za rok 2015 ve vztahu k ZPŠ vykázaným třicetinasobkům počtu výkonů v roce 2013 uvedených v předchozím odstavci. O tomto vyhodnocení bude ZPŠ Poskytovatele písemně informovat v termínu celkového vyúčtování.
- 10) Smluvní strany ujednaly, že v případě překročení uvedeného počtu výkonů ZPŠ sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající překročení vyplývající z vyhodnocení výše uvedeného v odstavci 8) vůči nejbližším vyúčtováním hrazených služeb. Toto regulační opatření ZPŠ neuplatní, pokud celkový počet klinických vyšetření u poskytovatele za rok 2015 nepřekročí celkový počet klinických vyšetření v roce 2013 zohledňující nárůst počtu unikátně ošetřených pojištěnců ZPŠ u poskytovatele mezi roky 2015 a 2013.
- 11) Smluvní strany současně ujednaly, že výše uvedené regulační opatření ZPŠ neuplatní v případě Poskytovatele, který v průběhu roku 2015 ošetřil méně než 50 unikátně ošetřených pojištěnců.

Regulační omezení

Regulační omezení uvedená v bodě 1.1 a 1.2 ZPŠ 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 předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
- 1) Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.

- 1.1 Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období roku 2015 vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období roku 2013, ZPŠ je oprávněna Poskytovateli snížit úhradu o 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, a to zápočtem vůči nejbližším vyúčtováním zdravotních služeb. 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 zákona. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období. 102% průměrné referenční hodnoty na jednoho unikátního pojištěnce pro rok 2015 **činí Kč.**
- 1.2 Pokud Poskytovatel dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období roku 2015 než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období roku 2013, ZPŠ je oprávněna Poskytovateli snížit úhradu o 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči a to zápočtem vůči nejbližším vyúčtováním zdravotní péče. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné Poskytovatelem, který má se ZPŠ na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu. 102% průměrné referenční hodnoty na jednoho unikátního pojištěnce pro rok 2015 **činí Kč**
- 2) Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1).
- 3) Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu ZPŠ.
- 4) Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu ZPŠ.
- 5) Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem ZPŠ, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
- 6) U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, ZPŠ po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
- 7) U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se ZPŠ, ZPŠ pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 použije referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- 8) ZPŠ uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté ZPŠ poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

Článek II.

- 1) Poskytovatel se zavazuje, že v souvislosti s uplatněním dohodnutých finančních úhrad nesníží rozsah, dostupnost ani kvalitu poskytovaných hrazených zdravotních služeb vůči příslušnému referenčnímu období a že za zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, s výjimkami jak odpovídá zákonu č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nebude od pojištěnců ZPŠ požadovat a přijímat úhrady v hotovosti. Na tomto závazku se smluvní strany dohodly na základě ustanovení § 11 odst. 1 písmeno d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Porušení tohoto závazku prohlašují smluvní strany za podstatné porušení smlouvy.
- 2) ZPŠ zaplatí Poskytovateli úhradu poskytnutých hrazených služeb za období roku 2015 sjednaným způsobem ve lhůtách splatnosti dle Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb, či dle vyhlášky č. 618/2006 Sb. Předložené faktury budou obsahovat pouze zdravotní služby provedené v roce 2015, nesplnění této podmínky je vadou faktury.
- 3) Poskytovatel se zavazuje vykazovat veškeré poskytnuté hrazené zdravotní služby dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů a v souladu s platnou metodikou VZP ČR pro pořizování a předávání dokladů, verze 6.2, včetně platných dodatků.
- 4) Smluvní strany prohlašují po vzájemné kontrole závazků a pohledávek vyplývajících z dřívějších smluvních dokumentů příp. z příslušných ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, své závazky a pohledávky vzniklé do 31. 12. 2013 za uplatněné nebo vyřešené formou zápočtu proti jiným platebním titulům s výjimkou případů dle § 42 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a tudíž za vypořádané.

Článek III.

- 1) Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
- 2) Protože budou podpisy zástupců obou smluvních stran realizovány s datem po 1. 1. 2015, nabývá tento dodatek platnosti a účinnosti tímto dnem. Smluvní strany se pro tento případ dohodly, že ustanoveními tohoto dodatku se upravuje mechanismus úhrady hrazených služeb definovaných tímto dodatkem i přede dnem nabytí účinnosti tohoto dodatku, v období od 1. 1. 2015.
- 3) Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2015 nejdéle však na dobu platnosti Smlouvy, pokud tato skončí před uvedeným datem.
- 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 Mladé Boleslavi dne 7. 1. 2015

V dne

Zaměstnanecká pojišťovna
Škoda - 209 14
Husova 302, 293 01 Mladá Boleslav

.....
Ing. Darina Ulmanová, MBA,
ředitelka ZPŠ

.....
Razítko a podpis statutárního
zástupce Poskytovatele