

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
Regionální pobočka Praha
Pobočka pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj [1693]

Došlo: 30. 04. 2018

Čas:

Č.j.:

Počet l./př.:

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

Dodatek č. 6 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 6A05Q431 ze dne 6. 1. 2016 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel asistované reprodukce „IVF“ – odbornost 613)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Fakultní nemocnice v Motole
Sídlo (obec):	Praha 5
Ulice, č.p., PSČ:	V Úvalu 84, 150 06
Zápis v obchodním rejstříku: • nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	JUDr. Ing. Miloš Ludvík, MBA ředitel
IČ:	00064203
IČZ:	05431000

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Praha, pobočka pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Rostislav Zezula, MBA ředitel Odboru zdravotní péče Regionální pobočky Praha, pobočky pro Hlavní město Prahu a Středočeský kraj
Doručovací adresa (obec):	Praha 1
Ulice, č.p., PSČ:	Na Perštýně 359/6, 110 01

(dále jen „Pojišťovna“) na straně druhé

Článek I.

- Smluvní strany se, 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“), dohodly, že úhrada hrazených služeb asistované reprodukce („IVF“) poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018 bude prováděna způsobem dále uvedeným v tomto Dodatku.
- S ohledem na to, že vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 (dále jen „vyhláška“) nestanoví pro zdravotní služby uvedené v odst. 1 tohoto Článku způsob ani výši úhrady, smluvní strany je upravily tímto Dodatkem. Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

Článek II.

1. Hrazené služby IVF budou Poskytovatelem vykazovány k úhradě výhradně výkony s kódy VZP č. 63901, 63902, 63903, 63908 a 63909 uvedenými v Číselníku VZP ČR, a Pojišťovnou hrazeny s hodnotou bodu 1,- Kč.
2. Skutečně použitá léčiva budou vykazována k výkonu s kódem č. 63909 jako ZULP a budou hrazena ve výši odpovídající skutečně spotřebovaným ZULP, maximálně však částkou odpovídající 2250 jednotek 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 cyklech IVF hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých této pojištěnce oprávněn vykazovat ZULP ve vyšším rozsahu, než kolik činí průměrná dávka, za předpokladu, že průměrná hodnota ZULP vykázaného Poskytovatelem v průběhu všech léčebných IVF cyklů nepřevyší průměrnou dávku.

Nad rámec 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, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 podle Seznamu výkonů (dále vyjmenované odbornosti) bude prováděna dále uvedeným způsobem. Referenčním obdobím je rok 2016, hodnoceným obdobím je rok 2018.

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 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 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Pojišťovna je oprávněna Poskytovateli snížit 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 nezahnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon 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 2018 hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.
3. Regulační omezení 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 2018 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2018 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 2018 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2018, 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 tyto účely úměrně upraví.
7. 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.

8. 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 zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2018.
9. 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, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1. a 2. tohoto článku. 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.
10. Pokud Poskytovatel vykáže k úhradě 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. Celkové finanční vypořádání poskytnutých plateb bude provedeno nejpozději do 30.5.2019.
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. 2018 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 poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny; tyto hrazené služby se nezahnují 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. 2018 do 31. 12. 2018. Smluvní strany se dohodly, že bude-li u konkrétní pojištěnky zahájeno poskytování léčebných IVF cyklů v období od 1.1. do 31.12.2018 a nebude v tomto období ukončeno, zůstává pro tento případ zachován způsob vykazování ZULP uvedený v Článku II. odst. 2 tohoto Dodatku i po 31.12.2018, a to až do ukončení poskytování IVF cyklů hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

3. Tento Dodatek 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.

V Trápe dne 25. 4. 2018

V Pravě dne - 3 - 05 - 2018

