

D o d a t e k č. 47

**ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb č. 8E68A054 ze dne
18.12.2007 (dále jen „Smlouva“)**

(poskytovatel specializované ambulantní zdravotní péče)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel: Nemocnice následné péče Moravská Třebová

sídlo: Svitavská 25, 571 01 Moravská Třebová

zastoupený: MUDr. Alois Hloušek

IČ: 00193895

IČZ: 68003000

(dále jen **Poskytovatel**)

a

Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, se sídlem Praha 3, Orlická 4/2020

Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj

zastoupená:

- ve věcech smluvních: **Mgr. Marie Nosková**

ředitelka Odboru zdravotní péče Regionální pobočky VZP ČR Hradec Králové, pobočky pro Královéhradecký a Pardubický kraj

- ve věcech přílohy č. 2: **Bc. Markéta Šťastná**

vedoucí Oddělení správy smluv Regionální pobočky VZP ČR Hradec Králové, pobočky pro Královéhradecký a Pardubický kraj

doručovací adresa: T.G.Masaryka 26A, 568 02 Svitavy

IČ: 41197518

(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 použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých zdravotních výkonů; **hodnocené období je rok 2015**

FS je fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,31 Kč;

VS je variabilní složka úhrady spočtená dle 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 (HB) ve výši 1,03 Kč;

PB_{ref} 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

PB_{ho} celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období; **hodnocené období je rok 2015**

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

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513; **hodnocené období je rok 2015**

Min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší

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. 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.
6. 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.

7. 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.
8. V případech, uvedených v odst. 7. písm. a) až d) tohoto Článku se výkony hradí s hodnotou bodu (HB) ve výši 1,03 Kč.
9. V případech, uvedených v odst. 7. písm. e) tohoto Článku se výkony hradí s hodnotou bodu (HB) ve výši 1,00 Kč.
10. V případě, uvedeném v odst. 7. písm. f) tohoto Článku platí, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný 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. 376/2011Sb., 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 nepřevyší 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 nepřevyší 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 nepřevyší 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 regulační 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. A to podle níže uvedeného rozpisu plateb:

Období	Var.symbol	Výše měsíční předběžné úhrady Kč	Splatnost
01/2015	6800300001	562 772,00	03.03.2015
02/2015	6800300002	562 772,00	31.03.2015
03/2015	6800300003	562 772,00	04.05.2015
04/2015	6800300004	562 772,00	01.06.2015
05/2015	6800300005	562 772,00	01.07.2015
06/2015	6800300006	562 772,00	31.07.2015
07/2015	6800300007	562 772,00	31.08.2015
08/2015	6800300008	562 772,00	01.10.2015
09/2015	6800300009	562 772,00	02.11.2015
10/2015	6800300010	562 772,00	01.12.2015
11/2015	6800300011	562 772,00	31.12.2015
12/2015	6800300012	562 772,00	01.02.2016

- 2) Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Pro potřeby měsíčních předběžných úhrad se za fakturaci, podle Článku IV. odst. 4 Smlouvy a Kapitoly III. Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP (dále Metodika), považuje předávání dávek dokladů za poskytnuté hrazené služby s přílohami (dále individuální doklady), v souladu s Metodikou a Smlouvou.
- 3) Zvolenou formu předběžné úhrady zachová pojišťovna po celé hodnocené období. Měsíční Předběžné úhrady za hodnocené období se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
- 4) Pro postup dle odst.1b) tohoto článku platí podmínka, že Poskytovatel předloží individuální doklady za příslušné období Pojišťovně, a to v termínu dohodnutém ve Smlouvě.
- 5) Poskytovatel v souladu se Smlouvou oznámí Pojišťovně neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů, skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit poskytování hrazených služeb, zakládajících nárok na sjednanou výši měsíční

předběžné úhrady. V takovém případě je Pojišťovna oprávněna výši měsíční předběžné úhrady, po projednání s Poskytovatelem, odpovídajícím způsobem upravit.

- 6) 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.
- 7) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2015 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto hrazených 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.

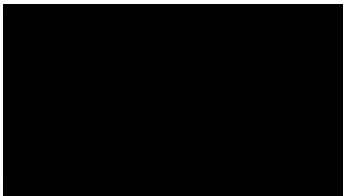
1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného Seznamu výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou uhrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny; tyto hrazené služby se nezahrnují do regulačních omezení.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky č. 324/2014 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

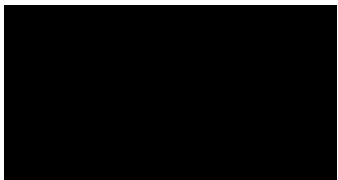
Článek V.

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 Mámostě Trávní dne 6-2-2015

Ve Svitavách dne 10-02-2015


MUDr. Alois Hloušek
ředitel nemocnice


Mgr. Marie Nosková
ředitelka Odboru zdravotní péče
Regionální pobočky VZP ČR Hradec Králové,
pobočky pro Královéhradecký a Pardubický kraj