



vzpes47A588BD

26.02.2014  
VZP-14-00441910

### **D o d a t e k   č. 3**

**ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb**

**č. 2M89A185 ze dne 5. 2. 2013 (dále jen „Smlouva“)**

(poskytovatel specializované ambulantní zdravotní péče - odbornosti 101–109, 201–209, 904, 301–708, kromě odborností 403, 603, 604, 613 a 705 s OKA výkonové - dohoda)

uzavřené mezi:

**Poskytovatelem : Odborný léčebný ústav Paseka, příspěvková organizace**

**sídlo: Paseka 145, 78397 Paseka**

**jehož jménem jedná: MUDr. Zdenka Polzerová, MBA, ředitelka**

**IČO: 00849081**

**IČZ : 89149000**

**(dále jen Poskytovatel)**

**a**

**Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, IČO 41197518,**

**jejímž jménem jedná : Ing. Aleš Zbožinek, MBA**

**funkce: ředitel Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj**

**doručovací adresa: VZP ČR, Klientské pracoviště Olomouc, Lazecká 22A,  
779 11 Olomouc**

**(dále jen Pojišťovna)**

Smluvní strany se, v souladu s ustanovením §17 odst. 5) zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění dohody, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014 bude prováděna následovně:

#### **Článek I.**

1. Hrazené služby poskytované pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014, budou vykazovány a hrazeny dle platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s výslednou hodnotou bodu ( $HB_{red}$ ). Hodnota bodu (HB) je stanovena ve výši **1,03 Kč**, fixní složka úhrady (FS) je stanovena ve výši **0,31 Kč**.

Pro screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů poskytovaných pojištěncům Pojišťovny v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu (HB) ve výši **1,03 Kč**.

2. Výsledná hodnota bodu ( $HB_{red}$ ) se stanoví takto:

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

kde:

**HB<sub>red</sub>** je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých zdravotních výkonů; **hodnocené období je rok 2014**

**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<sub>ref</sub>** celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů, které nebyly za referenční období uhrazeny ve snížené hodnotě bodu, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2014; **referenční období je rok 2012**

**PB<sub>ho</sub>** celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období; **hodnocené období je rok 2014**

**UOP<sub>ref</sub>** počet unikátních pojištěnců v referenčním období; **referenční období je rok 2012**

**UOP<sub>ho</sub>** počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513; **hodnocené období je rok 2014**

**Min** funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší

**UOP** unikátním ošetřeným pojištěncem se rozumí 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.

3. Pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení

referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PBref /UOPref) nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HBred) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PBho).

4. 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.
5. Pokud u Poskytovatele dojde oproti referenčnímu období vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů podle odst. 2 tohoto článku navýší o počet bodů, který odpovídá Poskytovatelem vykázaným a Pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
6. Výpočet výsledné hodnoty bodu v dané odbornosti podle odst. 2 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

## **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, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále vyjmenované odbornosti). Referenčním obdobím je rok 2012, hodnoceným obdobím je rok 2014.

1. Regulační omezení uvedená v odst. 2 až 4 tohoto článku Pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila Poskytovateli do 30. dubna 2014 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., 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 102% 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 50 % 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. 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 platného znění zákona č.48/1997 Sb.
3. Pokud Poskytovatel dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období než 102 % 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 zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2014 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 102 % 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 2014, 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 2014, 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 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.
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 100 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 100 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. Pokud Poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle odst. 2 tohoto článku.
14. 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. Pro potřeby měsíčních předběžných úhrad se za fakturaci, podle čl. IV, odst. 4 Smlouvy a Kapitoly III. Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP (dále Metodika), považuje předávání dávek dokladů o poskytnutých hrazených službách péči s přílohami (dále individuální doklady), v souladu s Metodikou a Smlouvou.

2. Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu dle níže uvedeného rozpisu ve výši jedné dvanáctiny 98% objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady dle rozpisu se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.

<b>Období</b>	<b>Var.symbol</b>	<b>Výše měsíční předběžné úhrady Kč</b>	<b>splatnost</b>
01/2014	8914900001	44399,0	03.03.2014
02/2014	8914900002	44399,0	31.03.2014
03/2014	8914900003	44399,0	02.05.2014
04/2014	8914900004	44399,0	02.06.2014
05/2014	8914900005	44399,0	01.07.2014
06/2014	8914900006	44399,0	31.07.2014
07/2014	8914900007	44399,0	01.09.2014
08/2014	8914900008	44399,0	01.10.2014
09/2014	8914900009	44399,0	31.10.2014
10/2014	8914900010	44399,0	01.12.2014
11/2014	8914900011	44399,0	31.12.2014
12/2014	8914900012	44399,0	02.02.2015

3. Měsíční předběžná úhrada bude, při dodržení smluvních podmínek, provedena ve lhůtě splatnosti stanovené ve Smlouvě s tím, že tato lhůta běží od prvního kalendářního dne měsíce následujícího po období, za které je předběžná úhrada poskytována. Případně-li poslední den lhůty na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty nejbližší následující pracovní den.
4. Pro postup dle odst. 2 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. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele, k jejíž úhradě bude Pojišťovna povinna, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden. V případě nedoplatku bude Poskytovateli příslušná částka poukázána při úhradě hrazených služeb nebo samostatnou platbou.
7. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2014 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 zdravotních 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. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014.

#### Článek V.

1. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Tento dodatek nabývá platnosti a účinnosti dnem jeho podpisu zástupci obou smluvních stran. Smluvní strany se 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. 2014.
3. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2014, 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. Kde je ve Smlouvě uveden pojem Zdravotnické zařízení, je tím myšlen pojem Poskytovatel, a kde je uveden pojem zdravotní péče, je tím myšlen pojem hrazené služby.
6. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V Olomouci dne

24. 1. 2014

V Ostravě dne

24. 1. 2014

ředitelka

ředitel Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro  
Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj