

## Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment ambulantní specializované zdravotní péče pro rok 2015 – výkonová předběžná úhrada (vzor AS\_vyk)

### Text Dodatku ke Smlouvě:

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, a v návaznosti na § 6 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015 (dále jen „Vyhláška MZ č. 324/2014 Sb.“), dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2015, budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

### Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v rámci specializované ambulantní péče budou v roce 2015 hrazeny výkonově podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), s výslednou hodnotou bodu ( $HB_{red}$ ) dle odst. 2) a 3).
- 2) Výkony
  - a) 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 403 – radiační onkologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a výkony 75347, 75348 a 75427 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 705 – oftalmologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. budou hrazeny s výslednou hodnotou bodu  $HB_{red}$  ve výši 0,68 Kč.
  - b) 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 s 1590 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 105 – gastroenterologie (resp. 115 – gastroenterologie – skupina 1) podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. budou hrazeny s výslednou hodnotou bodu  $HB_{red}$  ve výši 1,03 Kč.
  - c) 73028 a 73029 (novorozenecký screening) podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornostech 701 – ORL nebo 702 – foniatrie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. budou hrazeny s výslednou hodnotou bodu  $HB_{red}$  ve výši 1,00 Kč.
- 3) Výsledná hodnota bodu ( $HB_{red}$ ) za výkony neuvedené v odstavci 2) je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

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

kde

FS je fixní složka úhrady ve výši 0,31 Kč

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

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

kde:

HB je hodnota bodu ve výši 1,03 Kč

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot, hodnotu nejnižší

$PB_{ref}$  celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtených dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., platné k 1.1.2015, ponížený o 40 % bodů uhrazených Poskytovateli v referenčním období ve snížené hodnotě bodu. Referenčním obdobím se rozumí rok 2013

$PB_{ho}$  celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období, kterým se rozumí rok 2015.

$UOP_{ref}$  celkový počet ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v referenčním období.

$UOP_{ho}$  celkový počet ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období s výjimkou unikátních pojištěnců, na které byl vykázan pouze zdravotní výkon 09513

Unikátním pojištěncem Pojišťovny se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná

---

o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec Pojišťovny Poskytovatelem v dané odbornosti ošetřen v příslušném roce vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny, ošetřených v dané odbornosti, pouze jedenkrát.

- 4) Jestliže Poskytovatel neposkytoval péči v dané odbornosti, může Pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
- 5) Jestliže u Poskytovatele dojde oproti referenčnímu období vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny, pak se  $PB_{ref}$  podle odstavce 3) navýší o počet bodů, který odpovídá Poskytovatelem vykázaným a Pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
- 6) Výpočet výsledné hodnoty bodu ( $HB_{red}$ ) v dané odbornosti podle ustanovení odstavce 3) se nepoužije v případech:
  - a) Poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu hrazených služeb pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou
  - b) hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům
  - c) u výkonu 09555
  - d) Poskytovatele, který ukončí poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného obdobía výsledná hodnota bodu ( $HB_{red}$ ) bude ve výši 1,03 Kč.
- 7) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543, za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb. ve znění účinném do 31. 12. 2014, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. uhradí Pojišťovna Poskytovateli 30 Kč. Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši 110 % třicetinasobku počtu výkonů 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění účinném v referenčním období, vykázaných Pojišťovně v referenčním období.
- 8) Pojišťovna se zavazuje uhradit Poskytovateli uznané náklady hrazených služeb poskytnutých jejím pojištěncům v roce 2015, vykázaných podle tohoto Dodatku dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v případě hrazených služeb dle odstavce 3) zálohovou hodnotou bodu ve výši HB stanovenou v odstavci 3) s tím, že finanční vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných podle odstavce 3) a 7) bude provedeno do 30. 4. 2016.
- 9) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2015 nejpozději do 28. 2. 2016. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 28. 2. 2016 do finančního vypořádání dle odstavce 3).
- 10) Dávky, které se vztahují k různým čtvrtletím, se Poskytovatel zavazuje zasílat samostatnou fakturou.

## **Článek 2**

### **Regulační omezení**

- 1) V případě, že meziroční nárůst celostátních nákladů Pojišťovny na segment ambulantní specialisté převyší 7 %, Pojišťovna vůči Poskytovateli uplatní regulační mechanismy stanovené v části B) Přílohy č. 3 k Vyhlášce MZ č. 324/2014 Sb.
- 2) Způsob případného omezení úhrady dle odstavce 1) projedná Pojišťovna předem se zástupci poskytovatelů ze segmentu ambulantních specialistů.
- 3) Regulační omezení dle odstavce 1) je Pojišťovna oprávněna uplatnit vždy v případě, že bude prokázáno non lege artis chování Poskytovatelů. V tomto případě se na uplatnění regulačního omezení nevztahuje ustanovení odstavce 2).

## **Článek 3**

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie) se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009 a Nařízení Evropského

---

parlamentu a rady (EU) č.1231/2010 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.

- 2) Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí nebudou zahrnuty do regulačních omezení.
- 3) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Kodaňská 1441/46, 101 00 Praha 10. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

#### **Článek 4**

- 1) Smluvní strany se dohodly na celém obsahu tohoto Dodatku, což stvrzují svými podpisy na tomto Dodatku.
- 2) Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti od 1. 1. 2015.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.