

«T_DODATEK»

(dále jen Dodatek)

který uzavřely na úhradu zdravotních služeb v roce 2015 níže uvedeného dne, měsíce a roku podle ustanovení § 1746 občanského zákoníku, ve smyslu § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů a v souladu s dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tyto

Smluvní strany

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, se sídlem Ostrava – Slezská Ostrava, Michálkoviclá 108, 710 15, IČ: 47673036, email: rbp@rbp-zp.cz, kód ZP: 213
jednatel MUDr. Jiřím Havlantem, náměstkem ředitele pro zdravotnictví, na základě plné moci ze dne 30.5.2014
číslo účtu: 27-5540090257/0100, Komerční banka, a.s.
(dále jen „**Pojišťovna**“ nebo „**RBP**“)

a

Název, příp. jméno a příjmení:	«N40_OV»
Se sídlem:	«ADRESA»
Zastoupen:	«ZASTUP»
IČ:	«ICO_OV»
IČZ:	«ICZ»
Bankovní spojení:	«BANKA»
Číslo účtu:	«UCET»
Telefon:	«TELEFON»
Email:	«EMAIL»

(dále jen „**Poskytovatel**“)

I.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

Úhrada zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2015 bude prováděna podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění účinném k 1. 1. 2015 (dále jen „seznam výkonů“), níže uvedeným způsobem. Referenčním obdobím se rozumí rok 2013, hodnoceným obdobím se rozumí rok 2015. Při výpočtu celkového počtu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za zdravotní výkony za referenční období se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2015, do nichž nejsou započítány body za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

- (1) Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB):
- Pro Poskytovatele poskytující hrazené služby v 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 poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,08 Kč.
 - Pro Poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,75 Kč.
 - Pro Poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, Poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů, Poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů a Poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1 Kč.
 - Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,68 Kč.
 - Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,68 Kč.
 - Pro 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 se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1,03 Kč a pro výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701 nebo 702 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 1 Kč.

- (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 1,04 Kč, fixní složka úhrady (FS) se stanoví ve výši 0,32 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

PB_{ref} celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, do něhož se nezapočte 40 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu

PB_{ho} celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

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 nejnižší

- (3) U Poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu s Pojišťovnou, nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije Pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

- (4) Výpočet výsledné hodnoty bodu v dané odbornosti podle bodu 2 se nepoužije:

- 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 ordináčních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordináčních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost,
- v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
- u výkonu č. 09555.

V těchto případech se výkony hradí výslednou hodnotou bodu (HB_{red}) ve výši 1,04 Kč.

- (5) Poskytovatel podpisem tohoto Dodatku prohlašuje, že se v roce 2015 účastní programu celoživotního vzdělávání organizovaného Českou lékařskou komorou. Doklad o účasti je Poskytovatel povinen na vyžádání předložit Pojišťovně. V případě, že Poskytovatel v roce 2015 v rámci programu celoživotního vzdělávání nezíská minimálně 15 kreditů, je povinen o této skutečnosti Pojišťovnu písemně informovat do 31. 1. 2016. V takovém případě se hodnota bodu (HB) dle odst. 2 a výsledná hodnota bodu (HB_{red}) dle odst. 4 stanoví na 1,03 Kč a fixní složka úhrady (FS) dle odst. 2 na 0,31 Kč. Shodně se hodnota bodu (HB) dle odst. 2 a výsledná hodnota bodu (HB_{red}) dle odst. 4 a fixní složka úhrady (FS) dle odst. 2 stanoví pro případ, že Poskytovatel na žádost Pojišťovny nedoloží doklad o účasti na programu celoživotního vzdělávání. Pro účely tohoto odstavce se Poskytovatelem rozumí všechny fyzické osoby, které vykonávají zdravotnické povolání lékaře a poskytují jménem Poskytovatele hrazené služby v odbornostech sjednaných ve Smlouvě.

- (6) Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu, jejíž výše pro rok 2015 činí Kč Jestliže není údaj o výši předběžné úhrady pro příslušné období uveden, není tato sjednána.

- (7) 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 objem počtu bodů PB_{ref} podle bodu 2 navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným výkonům.

- (8) Na základě odůvodněné žádosti Poskytovatele může Pojišťovna při výpočtu výše úhrady zohlednit zvýšené náklady na straně Poskytovatele, které mu vznikly v souvislosti s poskytováním hrazených služeb zvláště nákladným pojištěncům Pojišťovny. V takové případě Pojišťovna nezapočítá pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období.

- (9) Pojišťovna sdělí Poskytovateli referenční údaje do 120 dnů od počátku hodnoceného období.

B) Regulační omezení

- (1) Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 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:
 - (i) 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. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
 - (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - (iii) 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 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 sníží Poskytovateli 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. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.
- (3) 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 sníží poskytovateli 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. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. 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.
- (4) Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Pojišťovna sníží poskytovateli 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. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu 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.
- (5) Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
- (6) Regulační omezení podle bodu 2 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.
- (7) Regulační omezení podle bodu 3 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.
- (8) Regulační omezení podle bodu 4 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.
- (9) Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem Pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
- (10) U Poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní 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.
- (11) U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- (12) Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. 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 se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

- (13) Pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- (14) Pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 Pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.
- (15) V případě, že Poskytovatel v roce 2015 předepíše léčivé přípravky, uvedené v Pozitivních listech SZP ČR, zveřejněných na stránkách www.rbp-zp.cz, a finanční objem takto předepsaných léčivých přípravků dosáhne alespoň 40 % všech Poskytovatelem předepsaných léčivých přípravků, zohlední Pojišťovna tuto skutečnost při uplatňování regulačních omezení. Postup dle tohoto odstavce bude uplatněn pouze u těch léčivých přípravků, které náleží do ATC skupiny obsažené v Pozitivních listech SZP ČR.
- (16) Pojišťovna sjednává poskytnutí zdravotních služeb v objemu, který odpovídá výkonnosti Poskytovatele, struktuře a dostupnosti péče v předchozím období. Výše maximálního objemu sjednaných služeb pro rok 2015 činí Kč. V případě, že by Poskytovatel poskytl v roce 2015 zdravotní služby ve větším rozsahu, je úhrada zdravotních služeb nad objem stanovený v první větě podmíněna předchozím souhlasem Pojišťovny. Do sjednaného objemu zdravotních služeb je zahrnuta i nutná a neodkladná péče poskytnutá po vyčerpání smluvně sjednaného objemu zdravotních služeb.

II.

- (1) Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně fakturu za poskytnuté zdravotní služby v souladu s termíny dohodnutými ve Smlouvě. Individuální doklady vztahující se k příslušným měsícům kalendářního roku s vyplněným průvodním listem dávky předává Pojišťovně spolu s fakturou. Úhrada faktury bude provedena do výše hodnoty vykázaných a Pojišťovnou uznaných hrazených služeb, maximálně však do výše měsíční předběžné úhrady u odborností, u nichž byla stanovena.
- (2) Vyúčtování za rok 2015 se provede do 30. 4. 2016 z dávek za 1-12/2015 vykázaných do 31. 3. 2016. Pokud vznikne přeplatek, bude Poskytovateli o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnuté zdravotní služby.
- (3) Smluvní strany ujednaly pro období roku 2015, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný 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 třicetinásobek počtu uvedeného výkonu v referenčním období roku 2013. Poskytovatel řádně vykázal v roce 2013 vůči Pojišťovně celkem.....výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů..
- (4) Smluvní strany ujednaly, že úhrada sjednaného výkonu 09543 bude probíhat výkonově s každým vyúčtováním hrazených služeb v průběhu roku 2015 až do dosažení maximální výše úhrady dle předchozího odstavce.

III.

- (1) Tento dodatek je nedílnou součástí Smlouvy a uzavírá se na dobu určitou do 31. 12. 2015.
- (2) Tento dodatek nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti od 1. 1. 2015.
- (3) Tento dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

V Ostravě dne

.....
razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovatele

.....
MUDr. Jiří Havrlant
náměstek ředitele pro zdravotnictví