

Dodatek č. 7 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 5H61A029 ze dne 31.8.2015 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel specializované ambulantní péče – dohoda o vzdělávání)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	NL - CLINIC Gepamed s.r.o.
Sídlo (obec):	Praha
Ulice, č.p., PSČ:	Jugoslávských partyzánů 1089/15, 160 00
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Městský soud Praha, oddíl C, vložka 190281, dne 28.2.2012nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Martin Hofman, jednatel
IČ:	24224383
IČZ:	61682000

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Mgr. Marie Nosková, ředitelka odboru zdravotní péče Regionální pobočky Hradec Králové, pobočky pro Královéhradecký a Pardubický kraj
Doručovací adresa (obec):	Rychnov nad Kněžnou
Ulice, č.p., PSČ:	Palackého 698, 516 01

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 (dále jen „vyhláška“) s výjimkou dohodnutou 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“), uvedenou v Článku II. odst. 2., odst. 3., odst.4, odst.5, odst.7 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v Článku II. odst. 2., odst. 3, odst.4, odst.5, a odst. 7 tohoto Dodatku upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška. Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

Článek II.

- Hrazené služby poskytované pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018 Poskytovatelem specializované ambulantní péče, budou vykazovány a hrazeny podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění

pozdějších předpisů (dále jen „seznam zdravotních výkonů“), a to ve výši **1,03 Kč** za bod s omezením celkové výše úhrady podle vyhlášky.

2. Smluvní strany se dále v souladu s ustanovením §17 odst.5 větou šestou ZVZP dohodly, že bude upraven koeficient uvedený ve vyhlášce v příloze č. 3, část A. odstavec 2 takto:

koeficient činí **1,02**

3. Smluvní strany se dále v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou ZVZP dohodly, že za podmínky, že:

a. ČLK předloží Pojišťovně do 5. 3. 2018 nebo

b. Poskytovatel do 30. 4. 2018 předloží příslušné regionální pobočce Pojišťovny

jmenný seznam všech lékařů, poskytujících v rámci daného IČZ Poskytovatele hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, potvrzující skutečnost, že nejméně 50 % těchto lékařů je k 28. 2. 2018 držitelem platného Diplomu celoživotního vzdělávání lékařů a diplom je v úhradovém období platný minimálně devět měsíců, bude v hodnoceném období, hodnota bodu dle článku II.odst.1 **zvýšena o 0,01 Kč**. Při splnění výše uvedených podmínek bude zároveň celková výše úhrady vypočtená dle vyhlášky vynásobená indexem 1,01.

4. Smluvní strany se dále v souladu s ustanovením § 17 odst.5 větou šestou ZVZP dohodly, že v případě, že Poskytovatel má alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti ordinační dobu nejméně v rozsahu 30 hodin týdně a současně má ordinační dobu rozloženu do 5 pracovních dní v týdnu, přičemž alespoň jeden den v týdnu jsou ordinační hodiny do 17 hodin nebo alespoň jeden den v týdnu je začátek ordinační doby od 7,30 hodin, bude celková úhrada v dané odbornosti vynásobena indexem 1,01. Tyto podmínky musí poskytovatel splňovat minimálně deset kalendářních měsíců v roce 2018.

Podmínkou navýšení úhrady uvedené v tomto odstavci je splnění obou níže uvedených podmínek:

- a) poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, předepsané poskytovatelem v roce 2018 nižší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, předepsané poskytovatelem v roce 2016,
 - b) poskytovatel v roce 2018 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 („Vyjmenované odbornosti“) podle seznamu zdravotních výkonů, (do vyžádané péče roku 2016 a 2018 se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu), nižší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za poskytovatelem vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2016.
5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady Poskytovateli navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně ZUM a ZULP, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
 6. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady a ročního finančního vypořádání.
 7. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu, která bude odpovídat fakturované částce, maximálně však částce **176887,00 Kč měsíčně**. Částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit měsíční předběžnou úhradu stanovenou pro rok 2018.
 8. Předložení faktury na částku převyšující dohodnutou předběžnou měsíční úhradu opravňuje Pojišťovnu vrátit Poskytovateli příslušnou fakturu k provedení opravy. V takovém případě běží lhůta splatnosti sjednaná ve Smlouvě až od termínu opětovného převzetí faktury Pojišťovnou.
 9. Předběžné úhrady za rok 2018 se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
 10. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.
 11. 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 III.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle seznamu zdravotních výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

Článek IV.

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.
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.