

Dodatek č. 13 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 5J76A036 ze dne 17. 5. 2015 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel specializované ambulantní péče v odb. 701, 702 nebo 704)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	MUDr. Jan Čermák
Sídlo (obec):	Třešť
Ulice, č.p., PSČ:	Palackého 1334/37, 589 01
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">soud, oddíl, vložka, dne nezapisuje se 	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Jan Čermák
IČ:	720 86 866
IČZ:	76 712 000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Brno pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina	
Zastoupená (jméno a funkce):	Mgr. Lenka Smutná, MBA, vedoucí Referátu kontroly a revize ZP Jihlava, pověřena vedením Referátu správy smluv Jihlava, Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina
Doručovací adresa (obec):	Jihlava
Ulice, č.p., PSČ:	Bratří Čapků 18, PSČ 586 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. 2021 do 31. 12. 2021 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (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 až odst. 8 a článku III. odst. 1 tohoto dodatku (dále jen „Dodatek“).
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 2 až odst. 8 a článku III. odst. 1 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. 2021 do 31. 12. 2021 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 **1,05 Kč** za bod s omezením

celkové výše úhrady podle vyhlášky. Pro výkony č. **73028, 73029 a 71112** podle seznamu zdravotních výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb **v odbornosti 701, 702 nebo 704** je stanovena hodnota bodu ve výši **1,01 Kč** za bod.

2. Smluvní strany se dohodly, že navýšení hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 1. písm. h) bodu i. vyhlášky, navýšení hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. a) vyhlášky a stanovení koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. a) vyhlášky je podmíněno tím, že ČLK nebo Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2021 doložil jmenný seznam lékařů, kteří jsou držiteli dokladu celoživotního vzdělávání (dále jen „Doklad“), který je platný po celý rok 2021. Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do 30 dnů po eventuálním skončení platnosti Dokladu doručil Pojišťovně nový Doklad, jehož platnost bude navazovat na platnost původního Dokladu. Smluvní strany mají za to, že platnost původního a nového Dokladu na sebe navazuje i v případě, že časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.
3. Smluvní strany se dohodly, že nárok na navýšení hodnoty bodu v souvislosti s rozsahem a rozložením ordinační doby dle přílohy č. 3 části A) bod 1. písm. h) bodu ii. vyhlášky, nárok na navýšení hodnoty bodu v souvislosti s rozsahem a rozložením ordinační doby dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. b) a nárok na stanovení koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. b) vyhlášky (dále jen „příslušné části vyhlášky“) vzniká v případě, že Poskytovatel po celý rok 2021 splňuje podmínky uvedené v příslušné části vyhlášky. Nároky na navýšení hodnoty bodu a nárok na stanovení koeficientu navýšení (KN) dle tohoto odstavce vznikají i v případě, že alespoň jedno z pracovišť Poskytovatele v dané odbornosti s různými nositeli výkonů splňuje podmínky rozsahu a rozložení ordinační doby uvedené v příslušné části vyhlášky nebo v případě, že tyto podmínky splňují v souhrnu všechna pracoviště Poskytovatele v různých odbornostech s jedním společným nositelem výkonů. Smluvní strany považují podmínky navýšení dle tohoto odstavce za splněné v případě, že jejich splnění vyplývá z Přílohy č. 2 Smlouvy u daného pracoviště (IČP) Poskytovatele v dané odbornosti účinné k 1. 1. 2021 a rozsah i rozložení ordinační doby jsou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2021. Nárok uvedený v první větě tohoto odstavce vzniká za předpokladu, že případné úpravy k datu 1. 1. 2021 Poskytovatel Pojišťovně oznámil nejpozději do 31. 1. 2021.
4. Smluvní strany se dohodly, že v souvislosti s navýšením hodnoty bodu přílohy č. 3 části A) bod 1. písm. h) bodu iii. vyhlášky, s navýšením hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. c) vyhlášky a v souvislosti se stanovením koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. c) vyhlášky, se za „ošetřeného“ pojištěnce nepovažuje pojištěnec, na kterého byl Poskytovatelem na pracovišti (IČP) v dané odbornosti v hodnoceném období vykázan pouze výkon č. 09513 dle seznamu zdravotních výkonů.
5. Pro účely aplikace ustanovení přílohy č. 3 části A) bod 1. písm. h) bodu iii., bodu 2. písm. c) vyhlášky a v souvislosti se stanovením koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. c) vyhlášky Poskytovatel prohlašuje, že na svých pracovištích využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců Pojišťovny, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav*:

☒ ANO/ ☐ NE

(*zaškrtnout platnou variantu)

Za objednávkový systém se považuje takový systém, který umožňuje pojištěnci Pojišťovny elektronické, telefonické nebo osobní objednání na pevně stanovenou dobu v rámci ordinační doby Poskytovatele.

6. V případě, že Poskytovatel v souladu se Smlouvou poskytuje hrazené služby jen v části hodnoceného období, budou podmínky pro navýšení hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bodu 1. písm. h) bodů i. až iii., bodu 2. písm. a) až c) a podmínky pro stanovení koeficientu navýšení (KN) dle bodu 3. písm. a) až c) vyhlášky považovány za splněné, pokud je Poskytovatel splňuje po celé období poskytování hrazených služeb.
7. Smluvní strany se dohodly, že pro účely výpočtu regulačního omezení dle přílohy č. 3 části B) odst. 4 vyhlášky se do vyžádané péče nebudou dále zahrnovat výkony č. 82301 a 82302 podle seznamu zdravotních výkonů.
8. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu, která bude odpovídat fakturované částce, přičemž částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit měsíční předběžnou úhradu stanovenou pro rok 2021 ve výši **90 000,00 Kč**.

9. 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.
10. Předložení faktury na částku převyšující dohodnutou předběžnou měsíční úhradu opravňuje Pojišťovnu vrátit Poskytovateli příslušnou fakturu k provedení opravy. V takovém případě běží doba splatnosti sjednaná ve Smlouvě až od termínu opětovného převzetí faktury Pojišťovnou.
11. Předběžné úhrady za rok 2021 se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
12. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterémukoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.
13. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2021 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty.
14. Za každý **signální výkon VZP č. 09615 – (VZP) Signální výkon klinického vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let** vykázaný spolu s výkonem klinického vyšetření podle seznamu zdravotních výkonů, se stanoví úhrada ve výši 35 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle přílohy č. 3 část A) bod 3. vyhlášky.

Článek III.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel podle seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,29 Kč samostatnou fakturou, doloženou dárkami dokladů. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se Příloha č. 3 část A) bod 3 nepoužije.
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. 2021 do 31. 12. 2021.
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.