



vzpes65673294

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
Regionální pobočka Praha
Pobočka pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj [1698]

Došlo: 22. 04. 2021

Čas: 15

Č.j.: 1772995/21

Počet l./př.:

Dodatek č. 10

ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 6A01G399 ze dne 30.9.2015 (dále jen „Smlouva“)

(poskytovatel v odbornostech 603, 604 – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	TeamPrevent-Santé, s.r.o.
Sídlo (obec):	Praha 1
Ulice, č.p., PSČ:	Pštrossova 192/24, 110 00
Zápis v obchodním rejstříku:	
<ul style="list-style-type: none"> Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 31359, dne 5.9.1994 nezapisuje se 	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Luděk Pelikán, MBA, jednatel
IČ:	61854093
IČZ:	01399000

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Praha, pobočka pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	MUDr. Milan Prokop, ředitel Odboru zdravotní péče Regionální pobočky Praha, pobočky pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj
Doručovací adresa (obec):	Praha 1
Ulice, č.p., PSČ:	Na Perštýně 359/6, 110 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 výjimkami dohodnutými 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“), uvedenými v článku II. odst. 2 písm. a), b) a d), 3, 5 písm. d), g) a písm. i), 6, 7, 8 a 9, v článku III. odst. 8 a 9, v článku IV. odst. 2 a v článku V. odst. 1 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené v článku II. odst. 2 písm. a), b) a d), 3, 5 písm. d), g) a písm. i), 6, 7, 8 a 9, v článku III. odst. 8 a 9, v článku IV. odst. 2 a v článku V. odst. 1 tohoto Dodatku upravují 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.
- Referenčním a hodnoceným obdobím se rozumí období definované v § 2 vyhlášky.

Článek II.

1. Hrazené služby v odbornosti 603 a 604 poskytované pojištěncům Pojišťovny budou, není-li mezi smluvními stranami sjednáno jinak, vykazovány a hrazeny výkonově dle vyhlasky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen Seznam výkonů), kdy **hodnota bodu se sjednává ve výši 1,07 Kč za bod**.
2. Hodnota bodu dle odst. 1 se dále navýší o 0,01 Kč za každou níže splněnou podmínku:
 - a. **Diplom celoživotního vzdělávání** – v případě, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou k 1. lednu 2021 držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů. Smluvní strany se dohodly, že tuto skutečnost doloží Pojišťovně prostřednictvím jmenného seznamu lékařů Česká lékařská komora (dále jen „ČLK“), případně sám Poskytovatel nejpozději do 31. 1. 2021, a že se za platný doklad celoživotního vzdělávání považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po eventuálním skončení platnosti Dokladu doručí 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 v případě, že časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.
 - b. **Rozsah a rozložení ordinační doby** – v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) po celé hodnocené období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu prodlouženy nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu prodlouženy nejméně do 18 hodin. Smluvní strany se dohodly, že ordinačními hodinami se pro účely tohoto Dodatku rozumí ordinační hodiny sjednané v příloze č. 2 Smlouvy mezi Pojišťovnou a Poskytovatelem a jedná se o dobu, kdy je na daném pracovišti Poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, resp. se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie dětí a dospívajících. Výjimkou jsou poskytovatelé, u nichž poskytuje hrazené služby jediný lékař (nositel výkonů), a to na více pracovištích (IČP), přičemž v tomto případě se ordinační hodiny za jednotlivá pracoviště (IČP) posuzují společně. Zároveň Poskytovatel souhlasí se zveřejněním ordinačních hodin na webových stránkách Pojišťovny a zavazuje se, že případné změny bezodkladně oznámí Pojišťovně.
 - c. **Akreditace ke vzdělávání** – v případě, že Poskytovatel Pojišťovně doloží do 31. 12. 2021 Rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období.
 - d. **Certifikát kvality** – v případě, že Poskytovatel doloží Pojišťovně do 31. 12. 2021, že je držitelem certifikátu kvality ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
3. Pro případ, že Poskytovatel v souladu se Smlouvou poskytuje hrazené služby jen v části hodnoceného období, se smluvní strany dohodly, že podmínky uvedené v odst. 2 jsou považovány za splněné, pokud je Poskytovatel splňuje po celé období poskytování hrazených služeb dle Smlouvy.
4. V případě, že Poskytovatel provede v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 50 % pojištěnců Pojišťovny, kteří jsou u něj registrováni k 31. 12. 2021, bude mu úhrada za výkon č. 63021 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,45 a úhrada za výkon č. 63050 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,20.
5. Úhrada péče za těhotné – pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám registrujícím poskytovatelem se stanovuje úhrada ve výši podle písm. a) až c), a to za podmínek stanovených v písm. d) až i):
 - a. Hrazené služby v prvním trimestru těhotenství se vykazují výkonem VZP č. 63897 – (VZP) Platba za péči o těhotnou v I. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon VZP č. 63897 je stanovena ve výši 1 576 Kč. Výkon se vyazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky.
 - b. Hrazené služby ve druhém trimestru těhotenství se vykazují výkonem VZP č. 63898 – (VZP) Platba za péči o těhotnou ve II. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon VZP č. 63898 je stanovena ve výši 2 626 Kč. Výkon se vyazuje ve 14. týdnu těhotenství.
 - c. Hrazené služby ve třetím trimestru těhotenství se vykazují výkonem VZP č. 63899 – (VZP) Platba za péči o těhotnou ve III. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon VZP č. 63899 je stanovena ve výši 3 677 Kč. Výkon se vyazuje ve 28. týdnu těhotenství.

- d. V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63896 – (VZP) Signální výkon ukončení těhotenství potratem, nebo v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63895 – (VZP) Signální výkon - ukončení těhotenství mimo PZS.
- e. Poskytovatel je povinen vykazovat kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 (pokud tento výkon ultrazvukového vyšetření Poskytovatel provedl) nebo 63413 (pokud tento výkon ultrazvukového vyšetření Poskytovatel provedl) podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí výše uvedených plateb a slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím Poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím Poskytovatelem.
- f. Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písm. a) až c) je registrace pojištěnce u Poskytovatele v odbornosti 603. Za registraci se považuje platná registrace pojištěnce v kapitačním centru v okamžiku vykazání výkonů dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
- g. U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví dle písm. a) až c) nejsou v průběhu těhotenství Poskytovatelem vykazovány a Pojišťovnou hrazeny výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonu 09215, pokud jej Poskytovatel vykáže v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti – D pro účely úhrady aplikovaného ZULP. Tyto výkony jsou započteny v úhradě dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
- h. Výkony č. 32410, 32420 a 63415 podle seznamu výkonů vykázané na dokladu 01 (Vyúčtování výkonů v ambulantní péči) jsou registrujícímu Poskytovateli hrazeny s hodnotou bodu dle odst. 1 a 2. V případě jejich vykázaní neregistrujícím Poskytovatelem, jsou hrazeny jako vyžádaná péče s hodnotou bodu dle odst. 1 a 2 za předpokladu, že byly indukovány registrujícím Poskytovatelem na dokladu 06 (Poukaz na vyšetření/ošetření). V případě, že tyto výkony vykáže neregistrující Poskytovatel bez žádanky registrujícího poskytovatele, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0.50 Kč.
- i. V případě, že neregistrující Poskytovatel v odbornosti 603 vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písm. e) a g) budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0.50 Kč a zároveň bude tato péče odečtena registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 0.50 Kč, s výjimkou výkonů 63411 a 63413, které budou neregistrujícímu poskytovateli uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč a zároveň budou odečteny registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč. Výjimkou jsou výkony č. 63022, 63023 nebo 63417, které je neregistrující Poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravdivou péči o těhotnou pojištěnku na dokladu 05 (Vyúčtování výkonů nepravdivé péče) a které jsou v takovém případě hrazeny neregistrujícímu Poskytovateli s hodnotou bodu dle odst. 1 a 2 a jejich úhrada nevstupuje do hodnoty extramurální péče registrujícího poskytovatele.
6. Celková výše úhrady (dále jen „celková úhrada“) Poskytovateli poskytujícími hrazené služby v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$NPURO_{2019} * UOP_{2021} * (1,11 + F_{(t)} + IGV + IUUV) - EM_{2021}$$

kde:

- NPURO₂₀₁₉** průměrná úhrada za zdravotní výkony (s výjimkou úhrady za výkon č. 09543), včetně zvlášť účtovaného materiálu, zvlášť účtovaných léčivých přípravků, bonifikačních plateb Pojišťovny, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázaný pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů, do průměrné úhrady se nezahnou zvlášť účtované léčivé přípravky použité v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti-D (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.
- UOP₂₀₂₁** počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázaný pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle Seznamu výkonů.
- EM₂₀₂₁** celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené dle odst. 5 písm. i), maximálně 10 % celkové úhrady dle odst. 5 písm. a) až c).
- IGV** index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázaný výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 k počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 30 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 30 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo (-0,02) v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo (-0,04) v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

IUV

index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele na než byly v hodnoceném období vykazány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 dle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 30 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 30 %, ale nepřesáhne hranici 50 %, nebo (-0,02) v případě, že tento podíl je větší než 50 %, ale nepřesáhne hranici 70 %, nebo (-0,04) v případě, že tento podíl přesáhne hranici 70 %.

Za **těhotnou pojištěnku** se pro účely vyhodnocení IGv a IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázan výkon č. 63897, 63053, 63055, 63898 nebo 63899. V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₁ Pojišťovny, IGv a IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

F(t)

funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,06 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F_{(t)} = 0,36 \cdot K_{(t)} + 0,0164$$

V případě, že poskytovatel nepečoval v hodnoceném období o žádnou těhotnou pojištěnku Pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných $F_{(t)}$ ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných $K_{(t)}$ větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných $F_{(t)}$ ve výši 0,06.

kde:

K_(t)

koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$K_{(t)} = \frac{PTEH_{2021}}{RUOP_{2021}}$$

kde:

PTEH₂₀₂₁ počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázan alespoň jeden z výkonů č. 63897, 63053, 63055, 63898 nebo 63899.

RUOP₂₀₂₁ počet unikátních vyšetřených pojištěnců registrovaných u Poskytovatele alespoň jeden den v roce 2021.

7. Celkovou úhradou jsou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem v hodnoceném období, s výjimkou služeb uvedených v odst. 8 – 10, jejichž úhrada vypočtená dle odst. 8 – 10 bude k celkové úhradě připočtena.
8. Nad rámec celkové úhrady vypočtené podle článku II. odst. 1 - 6 Pojišťovna Poskytovateli uhradí zvlášť účtované léčivé přípravky použité v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti-D (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.
9. Za každou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnek pojištěnců Pojišťovny v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázanou výkonem č. **01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče** se stanoví úhrada ve výši 56 Kč. Za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření, včetně výkonů 63050, 63053 a 63055.
10. Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2021, na základě, nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna Poskytovateli uhradí částku ve výši 1,70 Kč. Celkovou částku dle tohoto ujednání uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2021.
11. V souvislosti s registracemi pojištěnců a úhradou dle odst. 5 Poskytovatel předává doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Pokud Poskytovatel předává dávku č. 80 - přihlášky registrovaných pojištěnců elektronickou formou, je povinen ji předat Pojišťovně do 5. pracovního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány.
12. V případě, že Poskytovatel v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu s Pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě, převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 ZVZP, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných Poskytovatelů.
13. Pokud v důsledku nasmlouvání nových výkonů v dané odbornosti dojde u Poskytovatele k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, celková úhrada poskytnutá Poskytovateli se navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně ZUM a ZULP, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu ve výši 1,- Kč. Výkon 63050 smluvní strany nepovažují za nově nasmlouvaný výkon, který by zakládal právo Poskytovatele na navýšení úhrady podle tohoto odstavce.

10. Pokud Poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schvalený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle odst. 1. tohoto článku.

Článek IV.

1. 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.
2. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu, která bude odpovídat fakturované částce, přičemž částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit maximální limit měsíční předběžné úhrady sjednaný pro rok 2021 ve výši **101 826,00 Kč měsíčně**.
3. Předložení faktury na částku převyšující maximální limit předběžné měsíční úhrady 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.
4. Předběžné úhrady za rok 2021 se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
5. 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.
6. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2021 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 V.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům jsou hrazeny dle seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,14 Kč a Poskytovatel je vykazuje samostatnou fakturou, doloženou dárkami dokladů. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se článek II. odst. 1 až 6 nepoužijí.
2. V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužijí regulační omezení podle článku III.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

Článek VI.

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.

V PRAZE dne 11/3/2021

V _____ dne 26-04-2021

