

Dodatek č. 1
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb
č. 2378S001 (dále jen „Smlouva“)
(stomatologie)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Stomatologie DENTON s.r.o.
Sídlo (obec):	Prostějov
Ulice, č.p., PSČ:	Dr. Plajnera 4726/2, 796 01
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud v Brně, oddíl C, vložka 131310, dne 16.11.2022nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	MDDr. Ondřej Hlavatý, jednatel
IČ:	17747341
IČZ:	78226000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	[REDACTED] vedoucí referátu správy smluv I Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
Doručovací adresa (obec):	Olomouc - Hodolany
Ulice, č.p., PSČ:	Jeremenkova 1142/42, 779 00

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 2. 2023 do 31. 12. 2023 bude prováděna způsobem a ve výši odpovídající vyhlášce č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023 (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. 1 až 5 a článku III. tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 1 až 5 a článku III. 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.

1. Stomatologické výrobky plně hrazené ze zdravotního pojištění poskytnuté pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 2. 2023 do 31. 12. 2023 budou při splnění podmínek stanovených ve Smlouvě včetně tohoto dodatku hrazeny ve výši maximálních cen uvedených v Cenovém rozhodnutí MZČR účinném ke dni předání stomatologického výrobku pojištěnci. Stomatologickým výrobkem plně hrazeným ze zdravotního pojištění se rozumí výrobek uvedený a označený symbolem „I“ v Příloze č. 4 ZVZP. Stomatologické výrobky částečně hrazené ze zdravotního pojištění, poskytnuté pojištěncům v období od 1. 2. 2023 do 31. 12. 2023 budou při splnění podmínek stanovených ve Smlouvě včetně tohoto dodatku hrazeny ve výši stanovené v Příloze č. 4 ZVZP.
2. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný druh léčivého přípravku na receptu v elektronické podobě v roce 2023, na jehož základě dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna Poskytovateli uhradí 1,70 Kč. Celkovou částku dle tohoto ujednání uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2023.

3. Výkon s kódem 00921 je definován následovně:

Ošetření stálého zubu plastickou výplní

Ošetření stálého zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu,

- a) u pojištěnců do dne dosažení 15 let a u těhotných a kojících žen v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám,
- b) u pojištěnců, kteří nejsou uvedeni v písmenu a) v rozsahu celého chrupu při použití dozovaného amalgámu v základním provedení, v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu.

„Regulační omezení“ a „výše úhrady“ pro tento kód výkonu jsou uvedeny ve vyhlášce u tohoto kódu výkonu.

4. Výkon s kódem 00944 - Signální výkon epizody péče/kontaktu v souvislosti s vyšetřením v ordinaci zubního lékaře lze vykázat:

- a) v kombinaci s některým z kódů 00900, 00903, 00905, 00908 (pouze za předpokladu, že poskytovatel nevybral regulační poplatek za pohotovostní službu), 00909, 00931, 00932, 00940, 00941, 00968, 00981, 00983, 00984, 00986 a v případě vyšetření zaměřeného na konkrétní obtíže registrovaného pojištěnce a v případě dohodnutých dlouhodobých zástupů registrujícího zubního lékaře ohlášených zdravotní pojišťovně,
- b) bez omezení, při ošetření v několika návštěvách (endodontické ošetření, zhotovení protetických náhrad a jiné) pouze jednou. Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření.

„Výše úhrady“ pro tento kód výkonu je uvedena ve vyhlášce u tohoto kódu výkonu.

5. Výkon s kódem 00903 – Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou lze vykázat:

- a) 1/1 den. Kód nelze vykázat u pojištěnce registrovaného daným poskytovatelem.
- b) Kód se vykazuje nejvýše 2x na 1 případ, a to s odstupem nejméně 1 měsíce, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3/1 poj. /1 rok.
- c) Nelze vykázat současně s kódem 00908, 00909, 00931, 00940, 00962, 00964, 00968 a 00981.

„Výše úhrady“ pro tento kód výkonu je uvedena ve vyhlášce u tohoto kódu výkonu.

Článek III.

Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce

Smluvní strany se dohodly na způsobu úhrady formou agregované úhrady za registrovaného pojištěnce za těchto podmínek:

1. Výše agregované úhrady za jednoho pojištěnce Pojišťovny registrovaného Poskytovatelem na kalendářní měsíc činí:
 - a) 22 Kč v případě, že Poskytovatel Pojišťovně doloží, že příslušný zubní lékař, k němuž je pojištěnec registrován (dále jen „registrující zubní lékař“), je po celý příslušný kalendářní měsíc držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, jímž se rozumí osvědčení o soustavné účasti v systému celoživotního vzdělávání v praktickém zubním lékařství (tzv. Osvědčení PZL) vydávané Českou stomatologickou komorou (dále jen „Osvědčení“)
 - b) 20 Kč v ostatních případech.
2. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu pojištěnců Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny ve výši dle odst. 1 tohoto článku pro příslušný kalendářní měsíc.
3. Poskytovatel dokládá Pojišťovně, že příslušný registrující zubní lékař je držitelem platného Osvědčení. Podmínka platnosti Osvědčení po celý příslušný kalendářní měsíc dle odst. 1 písm. a) se považuje za splněnou i:
 - a) v kalendářním měsíci, ve kterém zanikla platnost Osvědčení příslušného registrujícího zubního lékaře,
 - b) v kalendářním měsíci bezprostředně následujícím po kalendářním měsíci, ve kterém zanikla platnost Osvědčení, v případě, že poskytovatel doloží ve lhůtě uvedené v odst. 4 tohoto článku Pojišťovně nové Osvědčení, přičemž období mezi datem zániku platnosti původního Osvědčení a datem nabytí platnosti nového Osvědčení nečiní více než 30 kalendářních dnů.
4. V případě zániku platnosti původního Osvědčení je potřeba, aby Poskytovatel doložil Pojišťovně nové Osvědčení nejdéle do 5. dne kalendářního měsíce, který je druhým následujícím kalendářním měsícem po kalendářním měsíci, ve kterém platnost původního Osvědčení zanikla. Pokud poskytovatel v této lhůtě nové Osvědčení nedoloží, považuje se od 1. dne kalendářního měsíce bezprostředně následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém zanikla platnost původního Osvědčení, ve vztahu k pojištěncům registrovaným k zubnímu lékaři, který byl držitelem původního Osvědčení, za poskytovatele, který nesplnil podmínky uvedené v odst. 1 písm. a) tohoto článku, a to až do 1. dne kalendářního měsíce bezprostředně následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém doloží Pojišťovně nové Osvědčení.
5. Poskytovatel předává doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Pokud Poskytovatel předává dávku č. 80 - přihlášky registrovaných pojištěnců elektronickou formou, je oprávněn ji předat Pojišťovně do 5. pracovního dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Na přihlášce registrovaných pojištěnců je Poskytovatel povinen uvádět odbornost pracoviště a IČP, ke kterému je pojištěnec registrován. Registraci pojištěnce realizuje, pokud nejde o nepravdivou péči nebo tomu nebrání jiné závažné důvody, vždy při prvním kontaktu s pojištěncem.
6. Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po dohodnutém termínu nezakládají právo Poskytovatele na úhradu agregované platby za tyto pojištěnce v příslušném měsíci.

Článek IV.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Smluvní strany se dohodly, že pro potřeby úhrady služeb hrazených dle tohoto Dodatku se za fakturaci podle Článku IV. odst. 4 Smlouvy a kapitoly III. Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR (dále jen „Metodika“) považuje i předávání dávek dokladů dle Metodiky a Smlouvy.
2. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.

Článek V.

1. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny.
2. 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. 2. 2023 do 31. 12. 2023.
3. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě 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.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu

