

Dodatek č. 12 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 1789S014 ze dne 4. 1. 2018 (dále jen „Smlouva“)
(Motivační program VZP PLUS pro praktické zubní lékaře)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Dentmed s.r.o.
Sídlo (obec):	Olomouc, Nová Ulice
Ulice, č.p., PSČ:	Horní lán 1231/43, 779 00
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none"> Krajský soud Ostrava, oddíl C, vložka 72274, dne 18. 10. 2017 nezapisuje se 	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Marek Pluháček, jednatel
IČ:	065 35 470
IČZ:	89179000

(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):	
Doručovací adresa (obec):	Olomouc - Hodolany
Ulice, č.p., PSČ:	Jeremenkova 1142/42, 779 00

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

Článek I. Úvodní ustanovení

- Smluvní strany s cílem udržet a posilovat dostupnost hrazených služeb v oboru praktické zubní lékařství a podporovat poskytování preventivní péče a kvalitu hrazených služeb uzavírají tento Dodatek ke Smlouvě (dále jen „Dodatek“), kterým Poskytovatel vstupuje do Motivačního programu VZP PLUS pro praktické zubní lékaře (dále jen „program VZP PLUS“).
- Smluvní strany se 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“), dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem, který vstoupil do programu VZP PLUS a uzavřel s Pojišťovnou základní úhradový dodatek č. 11 ke Smlouvě č. 1789S014 (dále jen „standardní úhradový dodatek“), bude navýšena způsobem dále uvedeným v tomto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že tato dohoda upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023 (dále jen „Vyhláška“). Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

4. Hodnoceným obdobím se pro účely programu VZP PLUS rozumí rok 2023, přičemž do hodnoceného období budou zahrnuty hrazené služby poskytnuté poskytovateli zdravotních služeb v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2023, vykázané nejpozději do 5. 3. 2024 a uznané Pojišťovnou.

Článek II. Předmět Dodatku

1. Předmětem tohoto Dodatku je úprava vzájemných vztahů smluvních stran při realizaci programu VZP PLUS, přičemž tento program je realizován jen u těch poskytovatelů, kteří podepsali standardní úhradový dodatek a kteří splní níže uvedené podmínky účasti v programu VZP PLUS.
2. Cílem programu VZP PLUS je především:
 - a) udržení a posílení sítě poskytovatelů praktického zubního lékařství, a to s ohledem na počet pojištěnců Pojišťovny a věkovou strukturu poskytovatelů v daném regionu,
 - b) podpora poskytování preventivní péče pojištěncům Pojišťovny.
3. Za účelem naplnění cílů uvedených v odst. 2 tohoto článku vzniká Poskytovateli nárok na jednotlivé složky bonifikace, pokud splní uvedené podmínky a parametry definované pro každou složku bonifikace.

Článek III. Podmínky účasti v programu VZP PLUS

1. Poskytovatel alespoň na 50 % svých pracovišť (IČP) praktického zubního lékařství registruje pojištěnce Pojišťovny alespoň v rozsahu vypočteném následujícím způsobem:

$$600 \text{ registrovaných pojištěnců Pojišťovny} \times KPP_{\text{okres}}$$

kde

KPP_{okres} je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, ve kterém na daném pracovišti Poskytovatel poskytuje hrazené služby, stanovený dle přílohy č. 9 Vyhlášky.

Za registraci se považuje registrace nahlášená Pojišťovně a uznaná v Kapitačním centru.

U nově smluvně sjednaného pracoviště Poskytovatele se tato podmínka považuje za splněnou, pokud Poskytovatel na tomto pracovišti zaregistruje do konce hodnoceného období alespoň takový počet pojištěnců Pojišťovny, který odpovídá alikvótnímu počtu měsíců, po které bude v hodnoceném období Poskytovatel na daném pracovišti poskytovat hrazené služby.

Splnění této podmínky není vyžadováno u pracoviště Poskytovatele, na kterém jsou nasmlouvané, prováděny a vykazovány stomatologické služby (stomatochirurgie, parodontologie, pedostomatologie), pro jejichž poskytování se Poskytovatel prokázal příslušným vzděláním (tj. předložil osvědčení o soustavné účasti na celoživotním vzdělávání a poskytuje a vyazuje nasmlouvané výkony nad rámec základního souboru výkonů praktického zubního lékařství).

2. Poskytovatel bez zákonem předpokládaného důvodu (§ 48 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách) neodmítá na svých pracovištích přijímat pojištěnce Pojišťovny do péče a předává Pojišťovně hlášení v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, přičemž Poskytovatel je povinen průběžně registrovat nové pojištěnce Pojišťovny do péče na těch pracovištích (IČP), na kterých je registrováno méně pojištěnců Pojišťovny než je předpokládaná kapacita pracoviště vypočtená takto:

$$1 \text{ 200 registrovaných pojištěnců Pojišťovny} \times KPP_{\text{okres}}$$

kde

KPP_{okres} je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, ve kterém na daném pracovišti Poskytovatel poskytuje hrazené služby, stanovený dle přílohy č. 9 Vyhlášky.

Za nesplnění této podmínky se považuje, pokud Poskytovatel na takovém pracovišti na výzvu Pojišťovny prokazatelně opakovaně odmítne bez řádných důvodů přijmout do péče (registrovat) pojištěnce Pojišťovny. Za opakované odmítnutí se považuje odmítnutí minimálně ve třech případech v průběhu roku 2023, přičemž Pojišťovna je povinna Poskytovatele pokaždé na tuto skutečnost písemně upozornit.

3. Poskytovatel vede funkční objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se na pevnou dobu v předem vymezených časech na každý pracovní den a zajišťuje čekací dobu, která obvykle nepřesáhne 15 minut. Za objednávkový systém se považuje možnost elektronického objednávání, objednání e-mailem, telefonicky případně osobně.
4. Poskytovatel komunikuje s Pojišťovnou prostřednictvím VZP POINT a předává dávky dokladů a faktury za poskytnuté hrazené služby elektronicky (prostřednictvím VZP POINT, resp. prostřednictvím svého SW s využitím B2B služeb).

5. V případě, že nebudou podmínky uvedené v odst. 1. až 4. tohoto článku Poskytovatelem splňovány od data akceptace Dodatku do 31. 12. 2023, zaniká účast Poskytovatele v programu VZP PLUS a ztrácí nárok na všechny bonifikace vyplývající z tohoto Dodatku od 1. dne měsíce, v němž tyto podmínky přestal splňovat.

Článek IV. Preferované oblasti

1. Za účelem zajištění dostupnosti Pojišťovna definuje tzv. preferované oblasti, které jsou na základě multikriteriálních analýz považovány za potenciálně ohrožené sníženou dostupností hrazených služeb v odbornosti praktické zubní lékařství (dále „Preferovaná oblast“).
2. Poskytovatel poskytuje hrazené služby v některé z Preferovaných oblastech na těchto pracovištích:

Preferovaná oblast	IČP	Adresa IČP (ulice, město)	Datum OD
-	-	-	-

3. V případě, že je Poskytovatel zapojen v programu VZP PLUS a v průběhu roku 2023 nově dojde k zařazení oblasti, ve které Poskytovatel poskytuje hrazené služby na některém ze svých pracovišť, do Preferované oblasti, Pojišťovna je povinna tuto skutečnost Poskytovateli oznámit.

Článek V. Podpora DOSTUPNOSTI

1. **Bonifikace za poskytování hrazených služeb na pracovišti Poskytovatele v Preferované oblasti** bude realizována formou navýšení úhrady za výkony č. 00901, 00904, 00906, 00907, 00908, 00920, 00921, 00922, 00932, 00946, 00949, 00950 a 00951 sjednané ve standardním úhradovém dodatku o 10 %, a to u pracovišť Poskytovatele uvedených v Článku IV. odst. 2 tohoto Dodatku, a to od 1. dne kalendářního měsíce, ve kterém došlo k akceptaci tohoto Dodatku, avšak nejdříve od data zařazení oblasti mezi Preferované oblasti.
2. **Bonifikace za registraci nových pojištěnců Pojišťovny do péče pracovišť Poskytovatele** ve výši až 1 300 Kč bude realizována formou úhrady za každého nově registrovaného pojištěnce na daném pracovišti Poskytovatele, přičemž výsledná výše bonifikace se vypočte takto:

- a) Základní výše bonifikace je stanovena ve výši 100 Kč za každého nově zaregistrovaného pojištěnce Pojišťovny do péče daného pracoviště Poskytovatele.

Nově registrovaným pojištěncem se rozumí takový pojištěnec Pojišťovny, u něhož jsou současně splněny tyto podmínky:

- pojištěnec nebyl v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2022 v pravidelné péči žádného z pracovišť Poskytovatele, tj. žádným z pracovišť Poskytovatele na něj nebyly vykázány výkony č. 00900, 00901, 00902, 00946, 00947,
- pojištěnec nebyl v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2022 na žádném z pracovišť Poskytovatele registrován (tj. nebyla evidována registrace v Kapitačním centru),
- v hodnoceném období byla uznána registrace tohoto pojištěnce v Kapitačním centru,
- Poskytovatel na tohoto pojištěnce v hodnoceném období vykázal výkon č. 00900.

V případě, že dojde k uznání registrace v hodnoceném období na více pracovištích Poskytovatele, započítává se pouze registrace evidovaná na pracovišti Poskytovatele s poslední platnou registrací.

- b) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších 600 Kč, pokud dané pracoviště Poskytovatele, na kterém proběhla nová registrace pojištěnce Pojišťovny do péče, poskytovalo alespoň po část hodnoceného období hrazené služby v Preferované oblasti.
- c) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších 200 Kč, pokud Poskytovatel na daném pracovišti registruje ke dni 31. 12. 2023 alespoň takový počet pojištěnců Pojišťovny, který dosáhl alespoň kapacity počtu vypočtené následujícím způsobem:

$$1\,500 \text{ registrovaných pojištěnců Pojišťovny} \times KPP_{\text{okres}}$$

kde

KPP_{okres} je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, ve kterém na daném pracovišti Poskytovatel poskytuje hrazené služby, stanovený dle přílohy č. 9 Vyhlášky.

V případě pracoviště, na kterém jsou nasmlouvány, prováděny a vykazovány stomatologické služby (stomatochirurgie, parodontologie, pedostomatologie), pro jejichž poskytování se poskytovatel prokázal příslušným vzděláním (tj. předloží osvědčení o soustavné účasti v systému celoživotního vzdělávání a

poskytuje a vykazuje výkony nad rámec základního souboru výkonů praktického zubního lékařství) se stanovuje kapacita pro vyhodnocení této bonifikace takto:

$750 \text{ registrovaných pojištěnců Pojišťovny} \times KPP_{\text{okres}}$

kde

KPP_{okres} je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, ve kterém na daném pracovišti Poskytovatel poskytuje hrazené služby, stanovený dle přílohy č. 9 Vyhlášky.

- d) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších 200 Kč, pokud Poskytovatel na daném pracovišti registruje ke dni 31. 12. 2023 (dále jen „registrovaní pojištěnci 2023“) vyšší počet pojištěnců, než kolik registroval ke dni 31. 12. 2022 (dále jen „registrovaní pojištěnci 2022“), přičemž nárok na navýšení vzniká, pokud je splněna tato podmínka:

$(\text{registrovaní pojištěnci 2023} - \text{registrovaní pojištěnci 2022}) > 20 \times KPP_{\text{okres}}$

- e) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších 200 Kč, pokud Poskytovatel v hodnoceném období provedl preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 00901 nebo 00946 alespoň u 40 % pojištěnců Pojišťovny registrovaných ke dni 31. 12. 2023 na všech jeho pracovištích.

Článek VI.

Podpora PREVENTIVNÍ PÉČE

1. **Bonifikace za zajištění preventivní péče o pojištěnce Pojišťovny registrované na pracovištích Poskytovatele** bude realizována úhradou za každou provedenou zubní preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 00901 nebo 00946 a uznanou Pojišťovnou, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
 - a) Bonifikace ve výši 100 Kč, pokud podíl pojištěnců Pojišťovny registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2023, u kterých byl v hodnoceném období proveden některý z výkonů zubní preventivní prohlídky č. 00901 nebo 00946, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2023 (dále jen „podíl pojištěnců s preventivní prohlídkou v roce 2023“) dosáhne alespoň 60 %.
 - b) V případě, že není splněna podmínka v písm. a) tohoto odstavce a současně podíl pojištěnců s preventivní prohlídkou v roce 2023 bude **alespoň o 5 %** vyšší než podíl pojištěnců Pojišťovny registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2022, u kterých byl v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2022 proveden některý z výkonů zubní preventivní prohlídky č. 00901 nebo 00946, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny registrovaných na pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2022, je bonifikace stanovena ve výši 60 Kč. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla na základě výběrového řízení uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2023 či později, pak se toto kritérium nevyhodnocuje

Článek VII.

Výsledná bonifikace a další ujednání

1. Úhrada bonifikací vypočtených dle článku V. odst. 1. bude realizována průběžně formou měsíční úhrady.
2. Úhrada bonifikací vypočtených dle článku V. odst. 2 a článku VI. bude finančně vypořádána do 30. 6. 2024.
3. Do výpočtu kritérií, do kterých vstupují údaje o registrovaných pojištěncích na daném pracovišti Poskytovatele budou zahrnuty registrace pojištěnců Pojišťovny provedené Poskytovatelem, nahlášené Pojišťovně do 5. 3. 2024 a uznané v Kapitačním centru.
4. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům definovaným v § 1 Vyhlášky nejsou hrazeny dle tohoto Dodatku.

Článek VIII.

Závěrečná ustanovení

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku do 30. 9. 2023, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2023. Za akceptaci považují smluvní strany doručení tohoto Dodatku, opatřeného podpisem osoby oprávněné za Poskytovatele podepisovat, Pojišťovně. Neakceptuje-li ve výše uvedené lhůtě Poskytovatel návrh tohoto Dodatku, nabídka Pojišťovny zaniká.
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

