

VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Regionální pobočka Praha

Pobočka pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj [1799]

Došlo:

30. 12. 2015

Čas:

Č. 8A01B213 ze dne 23.1.2008 (dále jen „Smlouva“)

Č.j.:

(zařízení praktických lékařů pro dospělé – výkonový způsob úhrady)

Počet l./př.:

Dodatek č. 29

ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	NADĚJE
Sídlo (obec):	Praha 5
Ulice, č.p., PSČ:	K Bance 11/19 e 155 00
Zápis v obchodním rejstříku:	
<ul style="list-style-type: none"> MS v Praze, oddíl: L, vložka: 975, zápis dne: 21.8.1990 	
Zastoupený (jméno, funkce):	Bc. Jan Vaněček
IČ:	0570931
IČZ:	01213000

(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):	Michal Dolejší, vedoucí referátu ambulantních poskytovatelů
Doručovací adresa (obec):	Praha 1
Ulice, č.p., PSČ:	Na Perštýně 359/6, PSČ 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. 2016 do 31. 12. 2016 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrady hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 (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 a v článku III. odst. 3 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 2 a v článku III. odst. 3 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. Hrazené služby z veřejného zdravotního pojištění, poskytované pojištěncům Pojišťovny praktickými lékaři pro dospělé budou vykazovány a hrazeny podle platného znění vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“), s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.
2. Smluvní strany se dále, v souladu s ustanovením § 17 odst. 5) věta šestá ZVZP dohodly, že za podmínky, že ČLK, resp. SPL ČR předloží Pojišťovně do 31. 12. 2015 nebo Poskytovatel do 29. 2. 2016 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 jsou držitelé platného diplomu o celoživotním vzdělávání, bude hodnota bodu dle článku II. odst. 1 zvýšena o 0,01 Kč.
3. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 0,90 Kč. Tato hodnota bodu je stanovena i pro výpočet paušální náhrady cestovních nákladů v návštěvní službě. V případě, že jsou cestovní náklady v návštěvní službě hrazeny Poskytovateli formou paušální náhrady, je pro rok 2016 stanovena částka ve výši 55 Kč, kterou jsou uhrazeny veškeré poskytnuté cestovní náklady v návštěvní službě.
4. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu výkonů se sjednává úhrada 30 Kč. Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v roce 2016 nepřekročí částku ve výši třicetinasobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných Pojišťovně v referenčním období, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. Za referenční období se považuje rok 2014.

Článek III.

Smluvní strany si sjednaly, že:

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek skupiny 2 – Pomůcky pro inkontinentní, uvedených v oddíle C přílohy č. 3 ZVZP (dále jen „pomůcky pro inkontinentní“) předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2016 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní v roce 2015 a zároveň, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané Poskytovatelem v roce 2016 převyší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2015, je Pojišťovna oprávněna snížit Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2016 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 ZVZP, a které Pojišťovna uhradila. Pojišťovna zohlední případy, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
2. Pokud Poskytovatel vystaví v roce 2016 alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle článku III. odst. 1. 101 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2015.
3. Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2016, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní v roce 2015 a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2016 převyší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané Poskytovatelem v roce 2015, je Pojišťovna oprávněna snížit Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2016 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení.
4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“), podle Seznamu výkonů, a za výkony č. 02230 (CRP) a 01443 (INR), podle Seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2016 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle Seznamu výkonů v roce 2015 a zároveň pokud celková úhrada za Poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony č. 02230 a 01443 podle Seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, v roce 2016 převyší 100% celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle Seznamu výkonů v roce 2015, je Pojišťovna oprávněna snížit

Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2016 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení. Do objemu vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu.

5. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2016, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2015 a zároveň pokud celková úhrada za Poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2016 převyší 100 % celkové úhrady za Poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2015, je Pojišťovna snížít Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2016 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.
6. Regulační omezení uvedená v článku III. odst. 1 až odst. 5 se nepoužijí:
 - a. pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle článku III. odst. 1 až odst. 5,
 - b. pokud Poskytovatel v roce 2016 poskytl hrazené služby 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
 - c. jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
7. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro dospělé v roce 2016 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud celková úhrada za zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro dospělé v roce 2016 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.

Pojišťovna je povinna zaslat Poskytovateli jeho celkové náklady na předepsané zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní za rok 2015, a to nejpozději do 30. 6. 2016.
9. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve výjmenovaných odbornostech a za výkony CRP a INR v roce 2016, nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
10. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 5 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2016 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2016 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 5 maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2016 a za výkony 09543 za rok 2016.

Článek IV.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu předložených faktur formou měsíční úhrady.
2. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele, k jejíž úhradě bude Pojišťovna povinna, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden. V případě nedoplatku bude Poskytovateli příslušná částka poukázána při úhradě hrazených služeb nebo samostatnou platbou.
3. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2016 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. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek V.

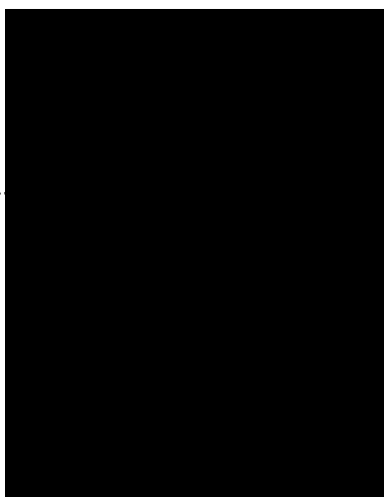
1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného seznamu zdravotních výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny; tyto hrazené služby se nezahrnují do regulačních omezení.

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. 2016 do 31. 12. 2016.
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 28. 12. 2015



V Praze dne 30. 12. 2015

