

Dodatek č. 2P

ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb
č. 8A01B213 ze dne 23.01.2008 (dále jen „Smlouva“)

(zařízení praktických lékařů pro dospělé - výkonová úhrada)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel: NADĚJE

sídlo: K Brance 11/19e, 15500, Praha 5

zastoupený: Bc. Jan Vaněček

IČO: 570931

IČZ: 01213000

(dále jen **Poskytovatel**)

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, IČO 41197518,

sídlo: Praha 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00

**zastoupená: Ing. Markéta Benešová funkce: vedoucí oddělení správy smluv
Regionální pobočky Praha, pobočky pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj**

doručovací adresa: Na Perštýně 359/6, 110 01 Praha 1

(dále jen **Pojišťovna**)

Smluvní strany se v návaznosti na výsledky Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2015 a v souladu s ustanovením § 17, odst. 5) větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015 bude prováděna následovně.

Článek I.

1. Hrazené služby z veřejného zdravotního pojištění, poskytované pojištěncům Pojišťovny **praktickými lékaři pro dospělé**, v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015, 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 **0,95 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. 3. 2015 jmenný seznam všech lékařů, poskytujících v rámci daného IČZ Poskytovatele hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, potvrzující skutečnost, že nejméně 50% těchto lékařů jsou držiteli platného diplomu o celoživotním vzdělávání, bude hodnota bodu dle Článku I. 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 2015 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 hodnoceném období 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 2013.

Článek II.

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou podskupiny 02 – Pomůcky pro inkontinentní) předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny v roce 2015 převýší 120% celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou podskupiny 02 – Pomůcky pro inkontinentní), je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše odpovídající 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 ZVZP, a které Pojišťovna uhradila.
2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v autorských odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“), výkony CRP (02230) a INR (01443), popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, vztažená na jednoho unikátního pojištěnce v roce 2015 převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, výkony CRP a INR, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše odpovídající 25 % z překročení. Do objemu vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu Smlouvu.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny v roce 2015 převýší 120 % celostátní průměrné úhrady v odbornosti 902, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
4. Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem vztažená na jednoho unikátního pojištěnce v roce 2015 převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané zdravotnické prostředky v podskupině 02 - Pomůcky pro inkontinentní - je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
5. Regulační omezení uvedená v odst. 1 až 4 tohoto Článku se nepoužijí
 - a) pokud Poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst.1 až odst. 4. tohoto Článku,
 - b) pokud Poskytovatel v roce 2015 poskytl hrazené služby 50 a méně unikátním pojištěncům Pojišťovny,
 - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
6. Regulační omezení uvedené v odst. 1 tohoto Článku se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou podskupiny 02 – Pomůcky pro inkontinentní) předepsané praktickými lékaři pro dospělé v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.

7. Regulační omezení uvedené v odst. 2 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a výkony CRP a INR v roce 2015, nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Regulační omezení uvedené v odst. 3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Regulační omezení uvedené v odst. 4 se nepoužije, pokud celková úhrada za zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro dospělé v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
10. Regulační omezení uvedené v odst. 4 se nepoužije, pokud celkové náklady předepsané Poskytovatelem v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní nepřesáhnou 98% nákladů na tento typ hrazených služeb v roce 2014.

VZP ČR je povinna zaslat Poskytovateli jeho celkové náklady na předepsané zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní za rok 2014, a to nejpozději do 30. 6. 2015.

11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 1 až odst. 4 tohoto Článku 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 a za výkony 09543 za rok 2015.

Článek III.

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. 2015 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu této péče platí cenová 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 IV.

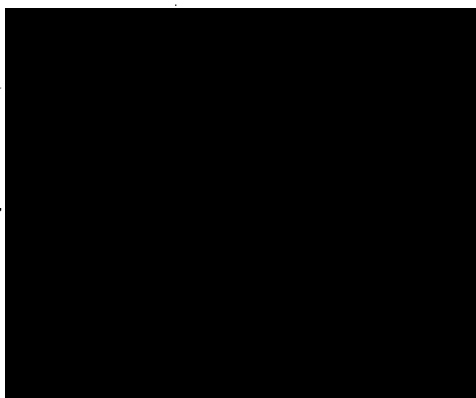
1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného seznamu výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny za stejných podmínek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

3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v příslušném paragrafu vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

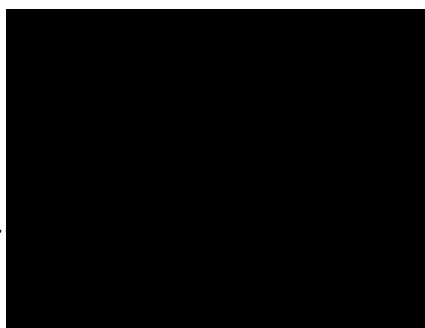
Článek V.

1. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Tento dodatek nabývá platnosti dnem jeho uzavření a účinnosti dne 1. 1. 2015.
3. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2015.
4. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
5. Kde je ve Smlouvě uveden pojem Zdravotnické zařízení, je tím myšlen pojem Poskytovatel, a kde je uveden pojem zdravotní péče, je tím myšlen pojem hrazené služby.
6. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V Praze dne 12. prosince 2014



V Praze dne 12. prosince 2014



Za správnosť

