

D o d a t e k č.M**ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb****č. 0A10G662 (dále jen „Smlouva“)**

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

uzavřené mezi:

Poskytovatelem: Vršovická zdravotní a.s.
sídlo: Oblouková 837/7, 101 00 Praha 10
jehož jménem jedná: MUDr. Daniel Klouza, doc. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D.,
 MUDr. Vítězslav Hradil
IČO: 28971906 **IČZ:** 10662000

(dále jen Poskytovatel)

a

Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, IČO 41197518,
jejímž jménem jedná: Bc. Markéta Benešová
funkce: vedoucí Oddělení správy smluv
 Regionální pobočky Praha, pobočky pro Hl. m. Prahu
 a Středočeský kraj
doručovací adresa: Na Perštýně 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 2014 a v souladu s ustanovením §17 odst. 5) zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014 bude prováděna následovně.

Článek I.

1. Hrazené služby v **odbornosti 603 a 604** poskytované pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014, budou vykazovány a hrazeny výkonově dle platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a to s hodnotou bodu ve výši **1,06 Kč za bod**.
2. Celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo x 0,98 x Inu

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; za unikátního pojištěnce Pojišťovny v hodnoceném období se nebude považovat pojištěnec Pojišťovny, na kterého byl vykázan pouze výkon 09 511 (Minimální kontakt lékaře s pacientem) nebo 09 513 (Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem). **Hodnoceným obdobím je rok 2014;** unikátním ošetřeným pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený

Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních služeb nebo služeb vyžádaných. Pokud byl tento pojištěnec Poskytovatelem v dané odbornosti ošetřen v příslušném hodnoceném, nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních pojištěnců rozumí součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. V referenčním období se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny započítávají i ti, pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon 09 511 nebo 09 513. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

PUROo průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu (dále ZUM) a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále ZULP) na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období (uhrazené bonifikace za preventivní prohlídky, které byly v referenčním období součástí agregované platby za prevenci, a za nově registrované pojištěnky do průměrné úhrady nevstupují). **Referenčním obdobím se rozumí rok 2012.**

Inu index nárůstu úhrad, který činí **1,06**.

3. Celková výše úhrady podle článku I. odst. 2 bude navýšena, pokud Poskytovatel splní po celé hodnocené období níže uvedené podmínky:
 - a) index bonifikace dostupnosti hrazených služeb (IBD) – navýšení indexu Inu:
 - o **0,02** – počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 30 hodin týdně alespoň u jednoho lékaře u daného Poskytovatele v odbornosti 603 (604) a současně rozložení ordinační doby do 5 pracovních dnů v týdnu, přičemž alespoň jeden den v týdnu má tento lékař prodloužený do 18 hodin, nebo
 - o **0,03** – počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 30 hodin týdně alespoň u jednoho lékaře u daného Poskytovatele v odbornosti 603 (604) a současně rozložení ordinační doby do 5 pracovních dnů v týdnu, přičemž alespoň jeden den v týdnu má tento lékař prodloužený do 18 hodin a alespoň jeden den v týdnu začátek ordinační doby od 7 hodin,
 - b) index certifikace – navýšení indexu Inu o **0,02** při doložení certifikátu ISO 9001.
4. Nad rámec celkové úhrady podle článku I. odst. 2 a 3, Pojišťovna uhradí v dané odbornosti pro rok 2014 maximálně 1x za rok 2014 na jednoho pojištěnce vyšší z částek:
 - a) Bonifikace za provedenou preventivní prohlídku (tj. podmínka vykázání kódu 63 051) – **100 Kč** – podmínkou je platná registrace pojištěnce v Kapitačním centru u Poskytovatele v hodnoceném období,
 - b) Bonifikace za nově zaregistrovaného pojištěnce, který nebyl v péči daného Poskytovatele (tzn., že na něho nebyl vykázán v posledních dvou letech tímto Poskytovatelem žádný z výkonů 63 051, 63 011, 63 012, 63 021 a 63 022) ve výši **200 Kč** – podmínkou vykázání výkonu 63 021 a uznání nové registrace pojištěnce v Kapitačním centru v hodnoceném období.
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 oprávněn ji předat Pojišťovně do 5. pracovního dne měsíce následujícího.
6. Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po ukončení hodnoceného období nebudou podnětem pro přepočet bonifikací uvedených v odst. 4 tohoto článku.
7. V případě, že Poskytovatel v referenčním období neexistoval, popřípadě neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, je Pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít

průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných Poskytovatelů.

8. U Poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v dané odbornosti (tj. ke změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady Poskytovateli podle článku I. odst. 2 navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně ZUM a ZULP.

Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu ve výši **1,- Kč**.

9. Pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem počtu těhotných pojištěnců.
10. Pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na ZUM, ZULP na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
11. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinačních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n =kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

Článek II. Regulační omezení

Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve smluvních odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále vyjmenované odbornosti). Referenčním obdobím je rok 2012, hodnoceným obdobím je rok 2014.

1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Pojišťovna je oprávněna Poskytovateli snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě. 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 platného znění zákona č.48/1997 Sb.
2. Pokud Poskytovatel dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období než 105% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, Pojišťovna je oprávněna Poskytovateli snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období

ocenění podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2014 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

3. Regulační omezení se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 1 a 2 tohoto článku.
4. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, Pojišťovna po dohodě s Poskytovatelem úměrně upraví hodnoty průměrných úhrad v referenčním období.
5. V případě, že Poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenou smlouvu s Pojišťovnou, může Pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 1 a 2 tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných Poskytovatelů.
6. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1 a 2 tohoto článku. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n =kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
7. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 1 tohoto článku, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2014 nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad, vycházejícího ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny na rok 2014.
8. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 2 tohoto článku, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2014, vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny na rok 2014.
9. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 1 a 2 tohoto článku maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za ZUM a ZULP za rok 2014.
10. Pokud Poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení.

Článek III.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu předběžných faktur formou měsíční úhrady a ročního finančního vypořádání.
2. Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny 98 % objemu úhrady za referenčního období. Zvolenou formu předběžné úhrady zachová Pojišťovna po celé hodnocené období, pokud Poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.

Pro rok 2014 předběžná úhrada činí 6 393 Kč měsíčně.

Částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit měsíční předběžnou úhradu stanovenou pro rok 2014.

Předložení faktury na částku převyšující dohodnutou měsíční předběžnou úhradu opravňuje Pojišťovnu vrátit Poskytovateli příslušnou fakturu k provedení opravy. V takovém případě běží lhůta splatnosti sjednaná ve Smlouvě až od termínu opětovného převzetí faktury Pojišťovnou.

3. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. V případě přeplatku ze strany Pojišťovny bude Poskytovateli o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnuté hrazené služby.

4. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2014 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto hrazených služeb 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 zdravotních výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou uhrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny; tyto hrazené služby se nezahrnují do regulačních omezení.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v příslušném ustanovení vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014.

Článek V.

1. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Tento dodatek nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti od 1. 1. 2014, a to v případě, že budou podpisy zástupců obou smluvních stran realizovány s datem nejpozději 31. 12. 2013.
3. Pokud budou podpisy zástupců obou smluvních stran realizovány s datem po 1. 1. 2014, nabývá tento dodatek platnosti a účinnosti tímto dnem. Smluvní strany se pro tento případ dohodly, že ustanoveními tohoto dodatku se upravuje mechanismus úhrady hrazených služeb definovaných tímto dodatkem i přede dnem nabytí účinnosti tohoto dodatku v období od 1. 1. 2014.
4. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2014, nejdéle však na dobu platnosti Smlouvy, pokud tato skončí před uvedeným datem.
5. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
6. 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.
7. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

11-02-2014

V Praze dne: 4. 2. 2014

V Praze dne:



VRSOMICKÝ ZDRAVOTNÍ A.S.
 Dubenčákova 637/7
 110 01 Praha 10 - Vršovice
 IČO: 259 27 906
 DIČ: CZ00000000