

Dodatek č. 6 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 5B72X007 ze dne 31.08.2015 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel v odbornostech 603, 604 – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	REPROMEDA, s.r.o.
Sídlo (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Studentská 812/6, 625 00
Zápis v obchodním rejstříku:	
<ul style="list-style-type: none"> • Krajský soud v Brně, oddíl C, vložka 33118, dne 11.3.1999 	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Jan Veselý, CSc., MUDr. Kateřina Veselá, jednatelé
IČ:	255 57 246
IČZ:	72 888 000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina	
Zastoupená (jméno a funkce):	JUDr. Pavla Nováková, vedoucí oddělení správy smluv RP VZP ČR
Doručovací adresa (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Benešova 10, 659 14

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2017 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 (dále jen „vyhláška“) s výjimkami dohodnutými 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“), uvedenými v článku II. odst. 2 – 8 a v článku V. odst. 2 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené v článku II. odst. 2 - 8 a v článku V. odst. 2 tohoto Dodatku upravují 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 v odbornosti 603 a 604 poskytované pojištěncům Pojišťovny budou vykazovány a hrazeny výkonově dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen Seznam výkonů), kdy **hodnota bodu se sjednává ve výši 1,08 Kč za bod**.
2. Celková výše úhrady (dále jen „celková úhrada“) Poskytovateli poskytujícími hrazené služby v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times \text{Inu} \times 1,035$$

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 a č. 09511 podle Seznamu výkonů; hodnoceným obdobím se rozumí rok 2017,

PUROo průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného Poskytovatelem v referenčním období (uhrazené bonifikace za preventivní prohlídky a za nově registrované pojištěnky do výpočtu výše průměrné úhrady nevstupují); do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle Seznamu výkonů; referenčním obdobím se rozumí rok 2015,

Inu index nárůstu úhrad, který činí 1,07.

3. Celková úhrada podle článku II. odst. 2 bude navýšena níže uvedeným způsobem, pokud Poskytovatel bude po celé hodnocené období splňovat níže uvedené podmínky:

a. **Index bonifikace dostupnosti hrazených služeb** – navýšení indexu Inu:

o **0,02** – počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 24 hodin týdně alespoň u jednoho lékaře, který poskytuje zdravotní služby v odbornosti 603 (604) v rámci Poskytovatele a současně rozložení ordinační doby alespoň do 4 pracovních dnů v týdnu u tohoto lékaře, přičemž alespoň jeden den v týdnu má tento lékař prodlouženu ordinační dobu do 18 hodin, nebo

o **0,03** – počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 24 hodin týdně alespoň u jednoho lékaře, který poskytuje zdravotní služby v odbornosti 603 (604) v rámci Poskytovatele a současně rozložení ordinační doby alespoň do 4 pracovních dnů v týdnu u tohoto lékaře, přičemž alespoň jeden den v týdnu má tento lékař prodlouženu ordinační dobu do 18 hodin a alespoň jeden den v týdnu je začátek ordinační doby od 7 hodin,

b. **Index certifikace** – navýšení indexu Inu o **0,02**, pokud Poskytovatel doloží certifikát ISO 9001.

4. Smluvní strany se dále v souladu s ustanovením § 17 odst. 5) větou šestou ZVZP dohodly, že za podmínky, že:

a. ČLK předloží Pojišťovně do 15. 12. 2016 nebo

b. Poskytovatel do 28. 2. 2017 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 držiteli platného Diplomu o celoživotním vzdělávání, bude **hodnota bodu dle článku II. odst. 1 zvýšena o 0,01 Kč a při výpočtu celkové úhrady bude použit index nárůstu úhrad Inu ve výši 1,08**.

5. Celkovou úhradou jsou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem v hodnoceném období. K celkové úhradě bude připočtena částka vypočtená dle odst. 6 a odst. 14 tohoto Článku.
6. Nad rámec celkové úhrady vypočtené podle článku II. odst. 1 - 5, Pojišťovna uhradí v dané odbornosti maximálně 1x za rok 2017 na jednoho pojištěnce vyšší z částek:

a. **Bonifikace za provedenou preventivní prohlídku ve výši 125,- Kč** – podmínkou je vykázání kódu výkonu 63050 a platná registrace pojištěnce v Kapitačním centru u Poskytovatele v hodnoceném období; nárok na bonifikaci vzniká pouze v případě, že poměr provedených preventivních prohlídek u registrovaných pojištěnců k počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny v hodnoceném období bude vyšší než 30%.

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 63050, 63021 a 63022) **ve výši 200,- Kč** – podmínkou vzniku nároku na bonifikaci je vykázání výkonu 63021 a uznání nové registrace pojištěnce v Kapitačním centru v hodnoceném období.

7. 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 povinen ji předat Pojišťovně do 5. pracovního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány.
8. Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po ukončení hodnoceného období nezakládají právo Poskytovatele na přepočítání bonifikací uvedených v odst. 6 tohoto článku.
9. V případě, že Poskytovatel v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu s Pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě, převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 ZVZP, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných Poskytovatelů.
10. Pokud v důsledku nasmlouvání nových výkonů v dané odbornosti dojde u Poskytovatele k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, výše úhrady poskytnutá Poskytovateli podle článku II. odst. 2 se navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně ZUM a ZULP, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.
Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle Seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu ve výši 1,- Kč. Výkon 63050 smluvní strany nepovažují za nově nasmlouvaný výkon, který by zakládal právo Poskytovatele na navýšení úhrady podle tohoto odstavce.
11. Pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem počtu těchto výkonů.
12. 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.
13. Smluvní strany se dohodly, že pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinářních hodin týdně, odst. 2 tohoto článku se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinářních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n =kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
14. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada 30 Kč. Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetnásobku 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.

Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 podle Seznamu výkonů (dále vyjmenované odbornosti) bude prováděna dále uvedeným způsobem. Referenčním obdobím je rok 2015, hodnoceným obdobím je rok 2017.

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 celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplátky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 ZVZP.
2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Pojišťovna je oprávněna Poskytovateli snížit celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon 95201, 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 ocení podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2017 hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.

3. Regulační omezení se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 1 a 2 tohoto článku.
4. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 1 tohoto článku, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2017 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2017 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
5. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 2 tohoto článku, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2017 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2017, vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
6. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, Pojišťovna po dohodě s Poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
7. 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.
8. 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 zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2017 a za výkony 09543 za rok 2017.
9. 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 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.
10. Pokud Poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle odst. 1. tohoto článku.

Článek IV.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady a ročního finančního vypořádání.
2. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu, která bude odpovídat fakturované částce, maximálně však jedné dvanáctině 103,5 % objemu úhrady za referenční období, **tj. 72 768,00 Kč měsíčně**. Částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit maximální limit předběžné měsíční úhrady stanovený pro rok 2017 v odst. 2 tohoto článku.
3. Předložení faktury na částku převyšující maximální limit předběžné měsíční úhrady 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.
4. Zvolenou formu předběžné měsíční úhrady zachová Pojišťovna po celé hodnocené období. Předběžné měsíční úhrady za rok 2017 se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
5. 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
6. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2017 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto hrazených služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty.

Článek V.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného seznamu zdravotních výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Regulační omezení podle článku III. se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
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. 2017 do 31. 12. 2017.
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.

