

Dodatek č. 21 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 5M89X021 ze dne 4. 12. 2015 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel specializované ambulantní péče s více odbornostmi)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	SPEA Olomouc, s. r. o.
Sídlo (obec):	Olomouc
Ulice, č.p., PSČ:	nám. Národních hrdinů 769/2, 77900
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud v Ostravě, oddíl C, vložka 13583, datum zápisu 27. června 1995nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Jiří Skutka, na základě plné moci ze dne 21.11.2016
IČ:	64086747
IČZ:	89051000

(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):	Ing. Aleš Zbožínek, MBA ředitel Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
Doručovací adresa (obec):	Olomouc - Hodolany
Ulice, č.p., PSČ:	Jeremenkova 1142/42, 77900

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2020 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 (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 až odst. 9 a odst. 11 a článku III. odst. 1 tohoto dodatku (dále jen „Dodatek“).
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 2 až odst. 9 a odst. 11 a článku III. odst. 1 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 poskytované pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2020 Poskytovatelem specializované ambulantní péče, budou vykazovány a hrazeny podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam zdravotních výkonů“), a to ve výši **1,07 Kč** za bod s omezením celkové výše úhrady podle vyhlášky. Pro výkony č. **15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950** vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta v odbornosti **105** je stanovena hodnota bodu ve výši **1,11 Kč/bod**. Pro výkony č. **73028, 73029 a 71112** vykázané v odbornosti **701, 702 nebo 704** v souvislosti s novorozeneckým screeningem je stanovena hodnota bodu ve výši **1,04 Kč/bod**.
2. Smluvní strany se dohodly, že navýšení hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 1. písm. h) bodu i. vyhlášky, navýšení hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. a) vyhlášky a stanovení koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. a) vyhlášky je podmíněno tím, že ČLK nebo Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2020 doloží doklad o celoživotním vzdělávání (dále jen „Doklad“), který je platný po celý rok 2020. Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po eventuálním skončení platnosti Dokladu doručí Pojišťovně nový Doklad, jehož platnost bude navazovat na platnost původního Dokladu. Smluvní strany mají za to, že platnost původního a nového Dokladu na sebe navazuje v případě, že časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.
3. Smluvní strany se dohodly, že nárok na navýšení hodnoty bodu v souvislosti s rozsahem a rozložením ordinační doby dle přílohy č. 3 části A) bod 1. písm. h) bodu ii. a iii. vyhlášky, nárok na navýšení hodnoty bodu v souvislosti s rozsahem a rozložením ordinační doby dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. b) a písm. c) a nárok na stanovení koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. b) a písm. c) vyhlášky (dále jen „příslušné části vyhlášky“) vzniká v případě, že Poskytovatel po celý rok 2020 splňuje podmínky uvedené v příslušné části vyhlášky. Smluvní strany považují podmínky uvedené v předchozí větě za splněné v případě, že jejich splnění vyplývá z Přílohy č. 2 Smlouvy u daného pracoviště (IČP) Poskytovatele v dané odbornosti účinné k 1. 1. 2020 a rozsah i rozložení ordinační doby jsou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2020. Případné úpravy k datu 1. 1. 2020 je Poskytovatel povinen Pojišťovně oznámit nejpozději do 31. 1. 2020, jinak nárok uvedený v první větě tohoto odstavce nevzniká.
4. Smluvní strany se dohodly, že v souvislosti s navýšením hodnoty bodu přílohy č. 3 části A) bod 1. písm. h) bodu iii. vyhlášky, s navýšením hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. c) vyhlášky a v souvislosti se stanovením koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. c) vyhlášky, se za „ošetřeného“ pojištěnce nepovažuje pojištěnec, na kterého byl Poskytovatelem na pracovišti (IČP) v dané odbornosti v hodnoceném období vykázan pouze výkon č. 09513 dle seznamu zdravotních výkonů.
5. Smluvní strany se dohodly, že u Poskytovatele, který vykázal v odbornosti **701, 702 nebo 704** v referenčním období některý z výkonů č. **71133; 71315; 71313; 71317; 71511; 71533; 71563; 71580; 71535; 71544; 71621; 71625; 71627; 71629; 71630; 71653; 71663; 71781; 71713; 71787; 71789** nebo v odbornosti **404, 405 nebo 406** v referenčním období některý z výkonů č. **44007; 44113; 44115; 44117; 44119; 44121; 44209; 44219; 44233; 44237; 44239; 44243; 44245** (dále jen „vyjmenované výkony“) podle seznamu zdravotních výkonů se hodnota průměrné úhrady za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného Poskytovatelem v těchto odbornostech v referenčním období (PUROo) navýší o částku vypočtenou dle odst. 6 tohoto článku.
6. Navýšení hodnoty PUROo pro Poskytovatele uvedené v odst. 5) se vypočte takto:

$$(HB_{ref} - IHB_{ref}) * \frac{\sum(BH_{výkrefi} * PV_{výkrefi})}{UOPref}$$

kde:

HB_{ref}	hodnota bodu v referenčním období, která je stanovena ve výši 1,03 Kč,
IHB_{ref}	individuální hodnota bodu Poskytovatele ve vyjmenované odbornosti v referenčním období,
$BH_{výkrefi}$	bodová hodnota i-tého vyjmenovaného výkonu v referenčním období,
$PV_{výkrefi}$	počet výkonů i-tého vyjmenovaného výkonu v referenčním období,
UOP_{ref}	počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období,

kde:

$$IHB_{ref} = \frac{UHR_{ref} - KP_{ref}}{PB_{ref}}$$

UHR _{ref}	je celková výše úhrady Poskytovatele ve vyjmenované odbornosti v referenčním období, včetně Pojišťovnou stanovené a skutečně vyplacené bonifikační úhrady stanovené pro rok 2019,
KP _{ref}	je hodnota korunových položek Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných ve vyjmenované odbornosti v referenčním období,
PB _{ref}	je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů ve vyjmenované odbornosti v referenčním období.

7. Smluvní strany se dohodly, že v souvislosti s navýšením hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 1. písm. h) bodu iii. vyhlášky a v souvislosti se stanovením koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. c) vyhlášky Poskytovatel prohlašuje, že na svých pracovištích využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců Pojišťovny, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav*:

☒ANO/ ☐NE

(*zaškrtnout platnou variantu)

Za objednávkový systém se považuje takový systém, který umožňuje pojištěnci Pojišťovny elektronické, telefonické nebo osobní objednání na pevně stanovenou dobu v rámci ordinační doby Poskytovatele.

8. V případě, že Poskytovatel v souladu se Smlouvou poskytuje hrazené služby jen v části hodnoceného období, budou podmínky pro navýšení hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bodu 1. písm. h) bodů i. až iii. vyhlášky a z přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. a) až c) a pro stanovení koeficientu (KN) dle bodu 3. písm. a) až c) vyhlášky považovány za splněné, pokud je Poskytovatel splňuje po celé období poskytování hrazených služeb.
9. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti se zohledněním struktury a rozsahu poskytované péče.
10. Do hodnot vstupujících do výpočtu celkové výše úhrady podle části A) bodu 2 přílohy č. 3 vyhlášky se nezahrne úhrada za výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 vykázané akreditovanými centry v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta; úhrada za výkony screeningu č. 73028, 73029 a 71112 vykázané v odbornosti 701, 702 nebo 704.
11. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu, přičemž částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit měsíční předběžnou úhradu stanovenou pro rok 2020 ve výši **1 342 062,00 Kč**.
12. 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.
13. Předložení faktury na částku převyšující dohodnutou předběžnou měsíční úhradu opravňuje Pojišťovnu vrátit Poskytovateli příslušnou fakturu k provedení opravy. V takovém případě běží doba splatnosti sjednaná ve Smlouvě až od termínu opětovného převzetí faktury Pojišťovnou.
14. Předběžné úhrady za rok 2020 se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
15. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.
16. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2020 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.
17. Za každý signální výkon **VZP č. 09615 – (VZP) Signální výkon klinického vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let** vykázaný spolu s výkonem klinického vyšetření podle seznamu zdravotních výkonů, se stanoví úhrada ve výši 35 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle přílohy č. 3 části A) bod 3 vyhlášky.

Článek III.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,29 Kč samostatnou fakturou, doloženou dárkami dokladů.

2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se příloha č. 3 část A) bod 3. nepoužije.

Článek IV.

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. 2020 do 31. 12. 2020.
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.

Za Poskytovatele



Za Pojišťovnu

