

Dodatek č.19 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č.1672A009 ze dne 06.12.2016 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel specializované ambulantní péče)

uzavřené mezi smluvními stranami:

| | |
|---|------------------------------------|
| Poskytovatel zdravotních služeb: | Derma Medical Clinic s.r.o. |
| Sídlo (obec): | 14000 |
| Ulice, č.p., PSČ: | Višňová 1957/25, 14000 |
| Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 208126, den 16.4.2013 | |
| Zastoupený (jméno, funkce): | MUDr. Michal Sičák, MBA, jednatel |
| IČ: | 1533266 |
| IČZ: | 72984130 |

(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): | |
| 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. 2025 do 31. 12. 2025 (dále jen „hodnocené období“) bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 (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. 4, odst. 5 písm. a), odst. 6 až 8 tohoto dodatku (dále jen „Dodatek“).
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 4, odst. 5 písm. a), odst. 6 až 8 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.
- Smluvní strany prohlašují, že ustanovení článku II. odst. 2 a 3 tohoto Dodatku považují za upřesnění příslušného textu vyhlášky, nikoliv za odchýlná ujednání ve smyslu § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

Článek II.

- Hrazené služby poskytované pojištěncům Pojišťovny po celé hodnocené období 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 pro odbornosti **107, 302 a 780** ve výši **1,00 Kč** za bod, pro odbornosti **108, 205, 403, 501, 601 a 708** ve výši **0,98 Kč** za bod, pro odbornosti **102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705 a 706** ve výši **0,96 Kč** za bod a pro ostatní odbornosti ve výši **0,94 Kč** za bod.

2. Smluvní strany se dohodly, že nárok na navýšení hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. e) bodu ii. vyhlášky a nárok na stanovení kladného koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. b) a písm. c) vyhlášky vznikne pouze v případě, že Poskytovatel bude splňovat stanovený rozsah a rozložení ordinanční doby dle uvedených ustanovení vyhlášky po celé hodnocené období. Smluvní strany považují podmínky pro navýšení dle tohoto odstavce za splněné v případě, že jejich splnění vyplývá z Přílohy č. 2 Smlouvy u daného pracoviště (IČP) Poskytovatele v dané odbornosti sjednané s Pojišťovnou nejpozději do 31. března hodnoceného období a rozsah i rozložení ordinanční doby jsou nasmlouvány a dodržovány do 31. prosince hodnoceného období.
3. Smluvní strany se dohodly, že v souvislosti s navýšením hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. e) bodu iv. vyhlášky a v souvislosti se stanovením koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. e) 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 ordinanční doby Poskytovatele.

4. Smluvní strany se dohodly, že navýšení hodnoty bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. e) bodu i. 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. ledna hodnoceného období doložil jmenný seznam lékařů, kteří jsou držiteli dokladu celoživotního vzdělávání (dále jen „Doklad“), platného po celé hodnocené období.
5. Smluvní strany se dohodly, že
 - a. se hodnota bodu dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. a) až d) vyhlášky navýší o 0,04 Kč a koeficient navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. d) vyhlášky se stanoví ve výši 0,04, jestliže
 - i. Poskytovatel v dané odbornosti ošetří v hodnoceném období alespoň 10 %, resp. u operačních oborů alespoň o 15 % pojištěnců Pojišťovny, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal Pojišťovně žádný výkon, s výjimkou výkonu č. 09513, a zároveň
 - i. Poskytovatel po celé hodnocené období alespoň u 50 % pracovišť (IČP) poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinančních hodin rozložených do 4 pracovních týdnů u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinančních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinanční hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinanční hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinanční hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin, přičemž tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinančních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinanční hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,
 - h. v ostatních případech bude postupováno dle přílohy č. 3 části A) bod 2. písm. e) bodu iii. vyhlášky a dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. d) vyhlášky.
6. 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) bod 2. písm. e) bodu i. až iv. vyhlášky a podmínky pro stanovení koeficientu navýšení (KN) dle přílohy č. 3 části A) bod 3. písm. a) až e) vyhlášky a dle odst. 5 tohoto článku považovány za splněné, pokud je Poskytovatel splňuje po celé období poskytování hrazených služeb.
7. Smluvní strany se dohodly, že regulační omezení uvedená v příloze č. 3 části B) bodu 4. vyhlášky se upraví takto: do objemu vyžádané péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu zdravotních výkonů se nezahrnou dále výkony screeningu časného záchytu karcinomu plic (výkony č. 89663, 89664 a č. 89665) a u poskytovatelů v odb. 108 výkony č. 76661, 76662, 76663, 76664 nebo 76667. V ostatních parametrech zůstává princip výpočtu regulačních omezení uvedený v příloze č. 3 části B) bodu 4. vyhlášky zachován.
8. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu, která bude odpovídat fakturované částce, přičemž částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit předběžnou **měsíční úhradu ve výši: 287500,00 Kč.**
9. 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.
10. 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.

11. Předběžné úhrady za hodnocené období se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
12. 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.
13. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2025 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.

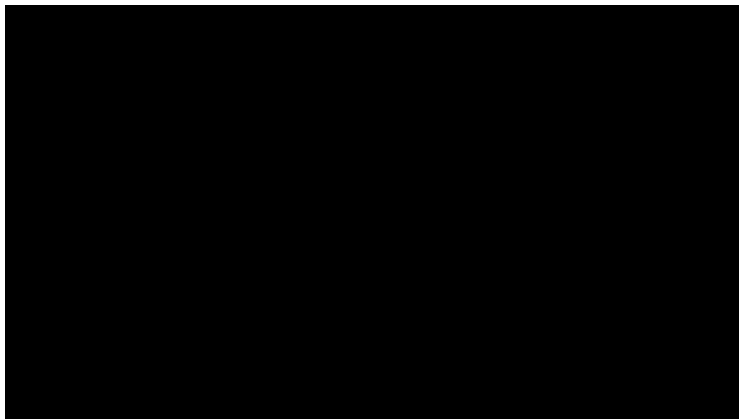
Článek III.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel podle seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu pro jednotlivé odbornosti ve výši podle článku II. tohoto Dodatku samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů. Podmínky pro navýšení úhrady uvedené v článku II. odst. 2 až 4 tohoto Dodatku a v příloze č. 3 část A) bod 2. písm. e) vyhlášky se pro tyto služby považují za splněné. Navýšení podle článku II. odst. 5 tohoto Dodatku se nepoužije. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se příloha č. 3 část A) bod 3. vyhlášky nepoužije.
2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

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. 2025 do 31. 12. 2025.
3. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě 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

