

## **Dodatek č. 61**

### **ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb**

č. 0A09C547 ze dne 21. ledna 2010 (dále jen „Smlouva“)

(kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro děti a dorost)

uzavřené mezi smluvními stranami:

<b>Poskytovatel zdravotních služeb:</b>	<b>Mediclinic a.s.</b>
<b>Sídlo (obec):</b>	Brno - Žabovřesky
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	Minská 84/97, PSČ 616 00
<b>Zápis v obchodním rejstříku:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Soud MS v Praze, oddíl B, vložka 5714, den 20.06.2007</li></ul>	
<b>Zastoupený (jméno, funkce):</b>	Ing. Petr Kameník, ředitel oddělení spolupráce se zdravotními pojišťovnami, na základě plné moci ze dne 7.3.2014
<b>IČ:</b>	27918335
<b>IČZ:</b>	09547000

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

a

<b>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky</b>	
<b>Sídlo:</b>	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
<b>IČ:</b>	41197518
<b>Regionální pobočka Praha, pobočka pro Hl. město Prahu a Středočeský kraj</b>	
<b>Zastoupená (jméno a funkce):</b>	Ing. Miroslava Hrdá, vedoucí referátu správy smluv II Praha, RP Praha, pobočky pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj
<b>Doručovací adresa (obec):</b>	Praha 1
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	Na Perštýně 359/6, 110 01

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

### **Článek I.**

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 (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. 1 písm. c), d) a odst. 7 – 12 a v článku III. odst. 4 a 9 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené v článku II. odst. 1 písm. c), d) a odst. 7 – 12 a v článku III. odst. 4 a 9 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. Výše kapitační platby a hodnota bodu

1. Základní kapitační sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se sjednává ve výši:
  - a) 54,- Kč pro odbornost 002, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
  - b) 50,- Kč pro odbornost 002, pokud Poskytovatel neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v předchozím odst. 1 písm. a).
  - c) V případě, že se jedná o Poskytovatele, který se skládá z více ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, kdy každý má své IČP, vlastní ordinační dobu a registruje pojištěnce Pojišťovny, bude pro každé IČP stanovena individuální hodnota základního kapitační sazby.
  - d) Hodnoty základní kapitační sazby pro jednotlivá pracoviště praktického lékaře pro děti a dorost Poskytovatele jsou:

IČP	Hodnota základní kapitační sazby
9547001	54
9547011	54
9547012	50
9547013	54
9547014	54
9547015	54

IČP se rozumí tzv. „identifikační číslo pracoviště“ přidělené Pojišťovnou každému jednotlivému praktickému lékaři pro děti a dorost, který poskytuje zdravotní péči v rámci Poskytovatele.

2. Výše kapitační platby se vypočte jako součin počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny a základní kapitační sazby stanovené na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny se vypočte jako součin počtu Poskytovatelem registrovaných pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách a indexů podle odst. 3.
3. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce Pojišťovny v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce Pojišťovny ve věkové skupině 15 až 19 let.

Věkové skupiny a indexy:

Věková skupina	Index
0 - 4 roky	3,97
5 - 9 let	1,80
10 - 14 let	1,35
15 - 19 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05

Věková skupina	Index
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,35
55 - 59 let	1,45
60 - 64 let	1,50
65 - 69 let	1,70
70 - 74 let	2,00
75 - 79 let	2,40
80 - 84 let	2,90
85 a více let	3,40

4. Pokud Poskytovatel do 31. 3. 2019 předloží Pojišťovně potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 002, účastnil v roce 2018 alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, bude mu navýšena roční úhrada o **35 000 Kč \* K**,

kde K je koeficient poměru počtu pojištěnců Pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba.

Koeficient poměru počtu pojištěnců Pojišťovny v daných krajích:

Kraj	Koeficient K
Hlavní město Praha	0,6
Jihočeský	0,6

Kraj	Koeficient K
Moravskoslezský	0,3
Olomoucký	0,4

Jihomoravský	0,6
Karlovarský	0,7
Kraj Vysočina	0,7
Královéhradecký	0,6
Liberecký	0,7

Pardubický	0,7
Plzeňský	0,6
Středočeský	0,5
Ústecký	0,7
Zlínský	0,6

5. Výkony zahrnuté do kapitační platby jsou uvedeny ve vyhlášce. Pro Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby uvedené v Příloze č. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny se sjednává hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
6. Pro výkony uvedené ve vyhlášce MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“) pod č. 02021, 02022, 02031, 02032 (výkony komplexních vyšetření) se sjednává hodnota bodu ve výši 1,16 Kč.
7. Pro výkony uvedené ve vyhlášce MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“) pod č. 02100 a 02130 (výkony očkování) se sjednává hodnota bodu ve výši 1,16 Kč. Povinné/ pravidelné očkování včetně očkování rizikových skupin bude Poskytovateli uhrazeno pouze při dodržování platné Metodiky pro provádění pravidelného očkování uveřejněné na webových stránkách Pojišťovny.
8. Pro výkony očkování uvedené v Seznamu výkonů pod č. 02105 a 02125 se sjednává hodnota bodu ve výši 1,16 Kč při splnění následujících podmínek (přičemž podmínky uvedené v písmenu b) se týkají pouze výkonů povinného očkování – 02105):
  - a) Vykázání jednoho příslušného kódu očkování a vykázání jednoho kódu ZULP příslušné očkovací látky v aplikovaném množství a příslušné diagnózy dle platné Metodiky pro provádění pravidelného očkování, pokud se zástupci Poskytovatelů a VZP ČR nedohodnou jinak; v případě nesplnění této podmínky nevzniká Poskytovateli nárok na úhradu tohoto výkonu.
  - b) Splnění povinnosti zabezpečit další podmínky týkající se objednávání, likvidace a sledování údajů o stavu skladovaných očkovacích látek k 30. 6. 2018 a k 31. 12. 2018 a předávání informací nezbytných pro zúčtování do Kanceláře zdravotního pojištění. V případě nesplnění této podmínky budou výkony očkování uhrazeny ve výši 0,60 Kč.
9. Smluvní strany se dále, v souladu s ustanovením § 17 odst. 5) věta šestá ZVZP dohodly, že:
  - a) Základní kapitační sazba dle článku II., odst. 1 tohoto dodatku bude zvýšena o 0,50 Kč,
  - b) Hodnota bodu dle článku II., odst. 5 až 8 tohoto dodatku bude zvýšena o 0,01 Kč,
 a to za podmínky, že ČLK, resp. Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (dále jen „SPLDD ČR“) předloží Pojišťovně do 15. 12. 2017 nebo Poskytovatel do 28. 2. 2018 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. Poskytovatel se zavazuje, že uvedené podmínky budou dodrženy po celé hodnocené období. V případě nedodržení těchto podmínek je Pojišťovna oprávněna uvedenou bonifikaci snížit.
10. Poskytovateli, který doložil nebo doloží v průběhu roku 2018 Pojišťovně Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru pediatrie, případně v oboru dětské lékařství či praktické lékařství pro děti a dorost, bude základní kapitační sazba podle článku II. odst. 1 tohoto dodatku zvýšena o 1,- Kč. Navýšení kapitační platby bude provedeno od 1. dne měsíce následujícího po předložení tohoto Rozhodnutí Pojišťovně. Doba trvání tohoto navýšení je do konce roku 2018, maximálně však do konce platnosti akreditace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých působí školitel ve smyslu zákona č. 95/2004 Sb. o zdravotnických povoláních lékařů, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „zákon č. 95/2004 Sb.“).
11. Nad rámec zvýšení základní kapitační sazby podle odst. 10 tohoto Článku bude Poskytovateli, který písemně oznámí termín, ve kterém bude na svém pracovišti školit lékaře (dále jen „školenec“) v rámci vzdělávacího programu v oboru pediatrie, případně v oboru dětské lékařství či praktické lékařství pro děti a dorost, bude základní kapitační sazba podle článku II. odst. 1 tohoto dodatku v tomto termínu zvýšena o dalších 8,- Kč. Navýšení kapitační platby bude provedeno od 1. dne měsíce následujícího po písemném oznámení Poskytovatele Pojišťovně včetně doložení potvrzení Ministerstva zdravotnictví o zařazení školenec do specializace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých probíhá školení školenec, a to jen za období, ve kterém bude školenec na pracovišti fyzicky přítomen. V případě akreditovaných pracovišť, která jsou uvedena na seznamu předaném SPLDD ČR Pojišťovně bude kapitační sazba podle článku II. odst. 1 zvýšena o dalších 8,- Kč po celou dobu zařazení školenec do specializace.

12. Náhrada cestovních nákladů v návštěvní službě za navštíveného pojištěnce bude Poskytovateli hrazena formou paušální náhrady, která je pro rok 2018 stanovena ve výši 55 Kč. Paušální náhrada zahrnuje veškeré cestovní náklady spojené s poskytováním návštěvní služby navštívenému pojištěnci.
13. 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 roce 2018 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 2014.
14. Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna Poskytovateli uhradí 1,70 Kč. Celkovou částku dle tohoto ujednání uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

### **Článek III. Regulační omezení**

Smluvní strany si sjednaly, že:

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek skupiny 2 – Pomůcky pro inkontinentní, uvedených v oddíle C přílohy č. 3 ZVZP (dále jen „pomůcky pro inkontinentní“) předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 ZVZP, a které Pojišťovna uhradila. Pojišťovna zohlední případy, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“), podle Seznamu výkonů, a za výkony č. 02230 (CRP) a 01443 (INR), popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči v odbornosti 902, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
4. Smluvní strany se dohodly, že regulační omezení za pomůcky pro inkontinentní nebudou vůbec realizována, čímž vylučují použití ustanovení Přílohy č. 2 Části E odst. 1.4 a odst. 6 vyhlášky.
5. Regulační omezení uvedená v článku III. odst. 1 až odst. 3 se nepoužijí:
  - a) pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle článku III. odst. 1 až odst. 3,
  - b) pokud Poskytovatel v roce 2018 registroval 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
  - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
6. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2018 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
7. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 2 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2018, nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.

9. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za kapitální platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2018, za výkony 09543 za rok 2018 a objem úhrady vypočtený dle článku II. odst. 14.

#### **Článek IV.**

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu předložených faktur formou měsíční úhrady. Výši kapitální platby, kterou Poskytovatel za registrované pojištěnce Pojišťovny nárokuje, uvede jako nedílnou součást jím předkládané faktury.
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. 2018 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. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

#### **Článek V.**

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného seznamu zdravotních výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. 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. 2018 do 31. 12. 2018.
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

