

Dodatek č. 24 ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče

č. 7M78B064 ze dne 31.12.2007 (dále jen „Smlouva“)

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

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	MEDICOM'S spol. s r.o.
Sídlo (obec):	Výžerky
Ulice, č.p., PSČ:	Výžerky 82, 281 63
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 13373, dne 13.10.1992nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Jiří Praus, jednatel
IČ:	46358927
IČZ:	78608000

(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):	Mgr. Simona Petrovská, vedoucí referátu správy smluv I Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
Doručovací adresa (obec):	Olomouc - Hodolany
Ulice, č.p., PSČ:	Jeremenkova 1142/42, 779 00

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

Článek I.

Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Smluvní strany se dohodly na způsobu úhrady formou kombinované kapitačně výkonové platby (dále jen „KKVP“) za těchto podmínek:

- Smluvní strany prohlašují, že se dohodly na poskytování hrazených služeb minimálně v rozsahu 20 hodin týdenní ordinační doby, popřípadě, u poskytovatelů zajišťujících služby v oblastech, v nichž je jejich zajištění obtížně realizovatelné, v minimálním rozsahu 15 hodin týdenní ordinační doby (dále jen „minimální rozsah týdenní ordinační doby“). Dodržování smluveného minimálního rozsahu týdenní ordinační doby je podmínkou účinnosti tohoto Dodatku s výjimkou ujednání uvedeného v odst. 13 tohoto Článku. Poskytovatel je povinen Pojišťovně neprodleně oznámit snížení minimálního dohodnutého rozsahu týdenní ordinační doby.
- KKVP je součtem kapitační platby za registrované pojištěnce a platby za zdravotní výkony hrazené Poskytovateli samostatně podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“) v odbornosti 001

a v odbornosti 002. Soubor zdravotních výkonů, jejichž úhrada je za registrované pojištěnce zahrnuta do kapitační platby, tvoří přílohu č. 4 Smlouvy.

3. Vykazování a úhrada hrazených služeb se provádějí podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR (dále jen „Metodika“) a datového rozhraní s výjimkou zdravotních výkonů zahrnutých do kapitační platby, které Poskytovatel za registrované pojištěnce nevykazuje. Zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky budou vykazovány dle platné Metodiky. V případě, kdy je ZUM nebo ZULP vykázán u výkonu zahrnutého do kapitační platby, je třeba vykázat kód 01999. Doprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě se vykazuje kódem č. 10, není-li sjednán jiný způsob úhrady.
 4. Výkony nepravdivé péče (doklad VZP – 05/1999) uvedené v Metodice uhradí Pojišťovna Poskytovateli pouze v případě, že tyto hrazené služby nemohly být obvyklým způsobem poskytnuty registrujícím lékařem.
 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 po měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Na přihlášce registrovaných pojištěnců je Poskytovatel povinen uvádět odbornost pracoviště a IČP, ke kterému je pojištěnec registrován. Registraci pojištěnce realizuje, pokud nejde o nepravdivou péči nebo tomu nebrání jiné závažné důvody, vždy při prvním kontaktu s pojištěncem. Pokud pojištěnec registraci odmítne, doloží Poskytovatel tuto skutečnost Pojišťovně písemným prohlášením pojištěnce.
 6. Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po dohodnutém termínu nezakládají právo Poskytovatele na úhradu kapitační platby za tyto pojištěnce v příslušném měsíci.
 7. Zdravotní výkony zahrnuté do kapitační platby, poskytnuté pojištěnci, který se u Poskytovatele odmítl registrovat a které Poskytovatel nevykázal, protože o odmítnutí se dozvěděl až následně, je Poskytovatel oprávněn vykázat v následujícím termínu pro předávání dokladů poté, kdy se o odmítnutí dozví.
 8. Při přerušení poskytování hrazených služeb je Poskytovatel povinen zajistit zastupování jiným Poskytovatelem a dát tuto skutečnost na vědomí pojištěncům.
 9. Přeruší-li Poskytovatel poskytování hrazených služeb na dobu delší než 3 pracovní dny v kalendářním měsíci bez zajištění poskytování hrazených služeb pro jím registrované pojištěnce u dostupného Poskytovatele, ztrácí v příslušném kalendářním měsíci nárok na úhradu kapitační platby. Veškeré poskytnuté hrazené služby jsou v takovém případě hrazeny výkonově.
 10. Poskytovatel nahlašuje Pojišťovně nepřítomnost na pracovišti a zástupy jiným lékařem v době nepřítomnosti, pokud nepřítomnost překročí 3 dny v běžném měsíci, přičemž postupuje v souladu s pokyny uvedenými na tiskopisu VZP-85/1999 - Hlášení o nepřítomnosti / zastupování lékaře. Zastupující Poskytovatel není oprávněn za převzaté registrované pojištěnce vykazovat zdravotní výkony zahrnuté do kapitační platby.
 11. Poskytovatel je povinen Pojišťovně vrátit neoprávněně uhrazenou částku v případě, že:
 - a) vykázal za registrované pojištěnce zdravotní výkony, které jsou zahrnuty do kapitační platby,
 - b) Pojišťovna při dodatečné kontrole zjistila, že příslušný registrační list byl nedostatečně vyplněn,
 - c) kapitační platba, vyúčtovaná Poskytovatelem, přesahuje kapitační platbu odpovídající předloženým registračním listům.
- Pohledávky takto vzniklé je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele, k jejíž úhradě bude Pojišťovna povinna, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude tato pohledávka uvedena.
12. Konkrétní parametry týkající se výše úhrady si strany sjednávají zvláštním dodatkem ke Smlouvě pro příslušné úhradové období (dále jen „úhradový dodatek“). Za předpokladu, že by mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou nedošlo k uzavření úhradového dodatku, vyplývá výše úhrady z příslušné části vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení vydané pro příslušné úhradové období (dále jen „příslušná úhradová vyhláška“) upravující kombinovanou kapitačně výkonovou platbu. Za předpokladu, že by mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou nedošlo k uzavření úhradového dodatku a zároveň by příslušná úhradová vyhláška neupravovala výši úhrady v případech kombinované kapitačně výkonové platby, se tento Dodatek nepoužije,

13. Za předpokladu, že Poskytovatel nesplnil podmínku uvedenou v odst. 1 tohoto Článku, budou poskytnuté hrazené služby dále hrazeny dle příslušné části příslušné úhradové vyhlášky upravující výši úhrady pro hrazené služby hrazené podle Seznamu výkonů.

Článek II.

Ostatní ujednání

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem jeho uzavření a účinnosti dne 1. 1. 2018 a nahrazuje dodatek č. 17 ze dne 15.1.2014.
3. Tento Dodatek, s výjimkou ujednání uvedeného v Článku I. odst. 13, pozbývá účinnosti ke dni, k němuž Poskytovatel nesplnil podmínku uvedenou v Článku I. odst. 1.
4. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. 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.
5. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.