

D o d a t e k č . 74
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb
č. 9B72X001, ze dne 30.06.2009 (dále jen „Smlouva“)

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

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatelem: **Mediclinic a.s.**
sídlo: Minská 84/97, Brno, 61600
zastoupený Ing. Petr Kameník
IČO: 27918335 **IČZ: 72094000**
(dále jen „**Poskytovatel**“)

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, IČO 41197518,
sídlo: Praha 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00
zastoupená: JUDr. Pavla Nováková, vedoucí oddělení správy smluv, Regionální
 pobočky Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina
doručovací adresa: Brno, Benešova 10, 659 14
(dále jen „**Pojišťovna**“)

Smluvní strany se v návaznosti na výsledky Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2015 a v souladu s ustanovením § 17 odst. 5) věty šesté zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „ZVZP“), ve znění pozdějších předpisů, dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015 bude prováděna následovně.

Článek I.
Výše kapitační platby a hodnota bodu

1. Základní kapitační sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se sjednává ve výši:
 - a) **52,- 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 objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu, není-li dle místních podmínek (např. v odlehlých oblastech v návaznosti na dopravní obslužnost apod.) mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou dohodnuto prodloužení odlišně; V případech, kdy prodloužení ordinačních hodin do 18 hodin nepřináší pojištěncům prokazatelné výhody, protože z důvodů dopravní nedostupnosti nebo jiného závažného důvodu nemohou tuto prodlouženou ordinační dobu využít, je Pojišťovna oprávněna po vyhodnocení místních podmínek a specifik sjednat tuto základní sazbu i v případě prodloužení ordinační doby 1x týdně jen do 17 hodin,
 - b) **49,- 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, bude pro každé IČP stanovena individuální hodnota základního kapitačního paušálu.

- d) Hodnoty kapitačního paušálu pro jednotlivá pracoviště praktického lékaře pro děti a dorost Poskytovatele jsou:

IČP	Počet hodin	Do 18 hod ano/ne	5 dnů ano/ne	Objednávání ano/ne	Hodnota k.paušálu	Akreditace ano/ne	Školitel ano/ne
72094505	30	ANO	5	ANO	52,-	✓	✓

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

- Výše kapitační platby se vypočte jako součin počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny, a základní 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 podle odst. 3 a indexů podle odst. 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	3,91
5 - 9 let	1,70
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

- Výkony zahrnuté do kapitační platby jsou uvedeny ve vyhlášce o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014. 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**.
- 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 a výkony očkování (č. 02100 a 02130) se sjednává hodnota bodu ve výši **1,10 Kč**. Povinné/pravidelné očkování včetně očkování rizikových skupin bude Pojišťovnou uhrazeno poskytovateli hrazených služeb pouze při dodržování Metodiky pro provádění pravidelného očkování uveřejněné na webových stránkách Pojišťovny.
- Pro výkony očkování uvedené v Seznamu výkonů pod č. 02105 a 02125 se sjednává hodnota bodu ve výši **1,12 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. 2015 a k 31.12.2015 a předávání informací nezbytných pro zúčtování do Clearingového centra. V případě nesplnění této podmínky budou výkony očkování uhrazeny ve výši 0,60 Kč.
7. Smluvní strany se dále, v souladu s ustanovením § 17 odst. 5) věta šestá ZVZP dohodly, že:
- a) základní kapitační sazba dle Článku I., odst. 1 tohoto dodatku bude zvýšena o **0,50 Kč**,
 - b) hodnota bodu dle Článku I. odst. 4 a odst. 5 tohoto dodatku bude zvýšena o **0,01 Kč**,
- a to za podmínky, že ČLK, resp. SPLDD ČR předloží Pojišťovně do 31.3.2015 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.
8. Pro výkony dopravy v návštěvní službě uvedené v Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši **0,90 Kč**. Tato hodnota bodu je stanovena i pro výpočet paušální náhrady cestovních nákladů v návštěvní službě.
9. Poskytovateli, který doložil nebo doloží v průběhu roku 2015 Pojišťovně Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktický lékař pro děti a dorost, bude základní kapitační sazba podle odst. 1 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 2015, 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 lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
10. Poskytovateli, který písemně oznámí termín, ve kterém bude na svém pracovišti školit lékaře v rámci vzdělávacího programu pro obor praktický lékař pro děti a dorost, bude základní kapitační sazba v tomto termínu podle odst. 1 zvýšena o **8,- Kč**. Navýšení kapitační platby bude provedeno od 1. dne měsíce následujícího po písemném oznámení Poskytovatele Pojišťovně včetně doložení potvrzení o zařazení školence do specializace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých probíhá školení školence, a to jen za období, ve kterém bude školenec na pracovišti fyzicky přítomen.
11. 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 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 2013.

Článek II.

Regulační omezení

Smluvní strany si sjednaly, že:

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou podskupiny 02 – Pomůcky pro inkontinentní) předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou podskupiny 02 – Pomůcky pro inkontinentní) v roce 2015 převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou podskupiny 02 – Pomůcky 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 podskupiny 02 – Pomůcky 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, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“), podle Seznamu výkonů, a za výkony CRP (02230) a INR (01443), 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 na vyžádanou péči v roce 2015 převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a výkony CRP a INR, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do objemu vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu Smlouvu.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce Pojišťovny dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v odbornosti 902 v roce 2015 převýší 120 % celostátní průměrné úhrady v odbornosti 902, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
4. Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů na zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní v roce 2015 převýší 120 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané zdravotnické prostředky v podskupině 02 - Pomůcky pro inkontinentní - je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
5. Regulační omezení uvedená v odst. 1 až odst. 4 se nepoužijí:
 - a) pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 1 až odst. 4,
 - b) pokud Poskytovatel v roce 2015 registroval 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
 - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům,
 - d) pokud započitatelné náklady Poskytovatele nepřesáhnou 110% referenčního krajského průměru, přičemž tyto ukazatele budou stanoveny zvláštní metodikou; struktura započitatelných nákladů je uvedena v příloze č. 1 tohoto dodatku ke Smlouvě – toto ustanovení se vztahuje pouze pro odst. 1 až odst. 3,

- e) pokud započitatelné náklady Poskytovatele v roce 2015 nepřevýší vlastní započitatelné náklady v roce 2014, tyto ukazatele budou stanoveny zvláštní metodikou; struktura započitatelných nákladů je uvedena v příloze č. 1 tohoto dodatku ke Smlouvě – toto ustanovení se vztahuje pouze pro odst. 1 až odst. 3.
6. Regulační omezení uvedené v odst. 1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou podskupiny 02 – Pomůcky pro inkontinentní) předepsané praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
 7. Regulační omezení uvedené v odst. 2 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a za výkony CRP a INR v roce 2015, nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
 8. Regulační omezení uvedené v odst. 3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
 9. Regulační omezení uvedené v odst. 4 se nepoužije, pokud celková úhrada za zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2015 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2015 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
 10. Regulační omezení uvedené v odst. 4 se nepoužije, pokud celkové náklady předepsané Poskytovatelem v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní nepřesáhnou 98% nákladů na tento typ hrazených služeb v roce 2014.

VZP ČR je povinna zaslat Poskytovateli jeho celkové náklady na předepsané zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní za rok 2014, a to nejpozději do 30. 6. 2015.
 11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 1 až odst. 4 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 a za výkony 09543 za rok 2015.

Článek III.

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. 2015 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí cenová 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 IV.

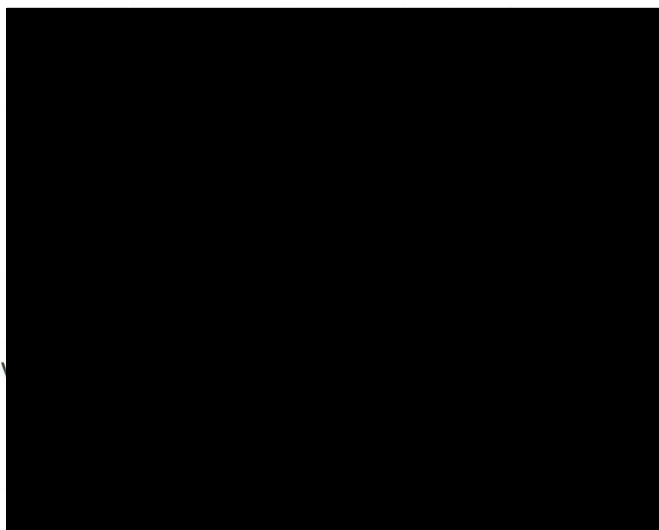
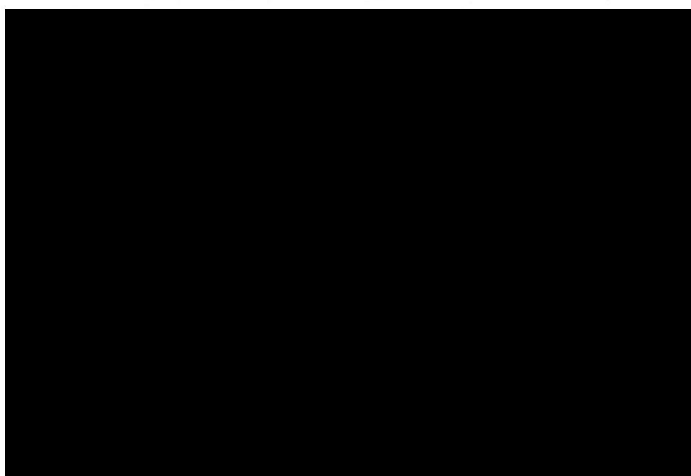
1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného seznamu výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny; tato péče se nezahrnuje do regulačních omezení.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v příslušném paragrafu vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

Článek V.

1. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Tento dodatek nabývá platnosti dnem jeho uzavření a účinnosti dne 1. 7. 2015.
3. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2015.
4. Příloha č. 1 k tomuto dodatku je nedílná součást tohoto dodatku a Poskytovatel svým níže připojeným podpisem s jejím obsahem souhlasí.
5. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
6. 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.
7. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

Brno dne 25/6/15

Brno dne 7. 07. 2015



Struktura započitatelných nákladů

1. Započitatelná péče představuje hrazené služby poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv Poskytovatelem na pojištěnce, který je registrován u hodnoceného praktického lékaře.
2. Do započitatelné péče se zahrnuje:
 - a. úhrada léčivých přípravků předepsaných registrovaným pojištěncům (s vyloučením těch, které jsou vázány na specifické indikace – léčivé přípravky zařazených do ATC skupin hrazené v režimu center pro výdej speciálních léků u zdravotnických zařízení s povolenou Zvláštní smlouvou),
 - b. úhrada preskripce zdravotnických prostředků,
 - c. úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 810, 812 až 819, 822 a 913 podle seznamu výkonů,
 - d. úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornosti 902,
 - e. úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornosti 925,
 - f. úhrada za poskytnutou ambulantní specializovanou péči
 - g. úhrada cestovného pojištěnců na dokladech typu 39,
 - h. úhrada přepravy zdravotnické dopravní služby na dokladech typu 34,
 - i. úhrada za komplexní lázeňské léčení,
 - j. úhrada za ošetrovací dny veškeré lůžkové péče o registrované pojištěnce započítávané paušální cenou 600 Kč/den.
3. Výpočet započitatelných nákladů je stanoven na jednoho přepočteného pojištěnce.

