

Dodatek č. 1

ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 1854B001 ze dne 29.1.2018 (dále jen „Smlouva“)
(kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro dospělé)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	T praktik s.r.o.
Sídlo (obec):	Liberec
Ulice, č.p., PSČ:	Klášteří 117/2, 46005
Zápis v obchodním rejstříku: • nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Věrou Tichou, jednatelem
IČ:	065 11 279
IČZ:	54 469 000

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Ústí nad Labem, pobočka pro Liberecký a Ústecký kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Blankou Vajrychovou, vedoucí Oddělení správy smluv
Doručovací adresa (obec):	Teplíce
Ulice, č.p., PSČ:	28. října 975/23, 41501

(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. d), e), f) a odst. 6, 7 a 9 – 11, v článku III. odst. 2, odst. 5 písm. d) a e) a odst. 10 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené v článku II. odst. 1 písm. d), e), f) a odst. 6, 7 a 9 – 11 a v článku III. odst. 2, odst. 5 písm. d) a e) a odst. 10 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:
- 54,- Kč** pro odbornost 001, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
 - 50,- Kč** pro odbornost 001, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin, není-li dle místních podmínek (např. v odlehlých oblastech v návaznosti na dopravní obslužnost apod.) mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou dohodnuto prodloužení odlišně.
 - 48,- Kč** pro odbornost 001, pokud Poskytovatel neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v předchozím odst. 1 písm. a) nebo b).
 - V případě, že Poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkonu č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, navýší se kapitační sazba podle odst. 1 písm. a) až c) o 0,50 Kč. Rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek ku počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. 12. 2018. Celkovou částku, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ujednání, uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
 - V případě, že se jedná o Poskytovatele, který se skládá z více ordinací praktických lékařů pro dospělé, kdy každý má své IČP, vlastní ordinální dobu a registruje pojištěnce Pojišťovny, bude pro každé IČP stanovena individuální hodnota základní kapitační sazby.
 - Hodnoty základní kapitační sazby pro jednotlivá pracoviště praktického lékaře pro dospělé Poskytovatele jsou:

IČP	Hodnota základní kapitační sazby

IČP se rozumí tzv. „identifikační číslo pracoviště“ přidělené Pojišťovnou každému jednotlivému praktickému lékaři pro dospělé, 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 tohoto článku.
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 v odbornosti 001, 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
Jihomoravský	0,6
Karlovarský	0,7
Kraj Vysočina	0,7
Královéhradecký	0,6
Liberecký	0,7

Kraj	Koeficient K
Moravskoslezský	0,3
Olomoucký	0,4
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 vykazané 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. 01021, 01022 a výkony očkování (č. 02100 a 02130) se sjednává hodnota bodu ve výši 1,12 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.
7. 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 (příčemž podmínky uvedené v písmenu b) se týkají pouze výkonů povinného očkování – 02105):
- 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.
 - 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 za bod.
8. Pro výkon č. 01201 dle Seznamu výkonů se sjednává hodnota bodu ve výši 1,16 Kč.
9. Smluvní strany se dále v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 věta šestá ZVZP dohodly, že:
- Základní kapitační sazba dle článku II., odst. 1 tohoto dodatku bude zvýšena o 0,50 Kč,
 - Hodnota bodu dle článku II., odst. 5 až 8 tohoto dodatku bude zvýšena o 0,01 Kč,
- a to za podmínky, že ČLK nebo SPL 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 držitelé 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 praktický lékař pro dospělé, 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 školicí 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 praktický lékař pro dospělé dle zákona č. 95/2004 Sb., bude základní kapitační sazba podle článku II. odst. 1 tohoto Dodatku v tomto termínu zvýšena o další 3,- Kč. Navýšení kapitační platby bude provedeno od 1. dne měsíce následujícího po písemném oznámení Poskytovatele Pojišťovně včetně doložení potvrzení Ministerstva zdravotnictví ČR 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.
12. Pro výkony dopravy v návštěvní službě uvedené v Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 0,90 Kč.
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 třicetinásobku 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 vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2018 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní v roce 2017 a zároveň, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané Poskytovatelem v roce 2018 převyší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2017, je Pojišťovna oprávněna snížit Pojišťovnateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2018 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto 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 pomůcky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2018, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2018 převyší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané Poskytovatelem v roce 2017, je Pojišťovna oprávněna snížit Pojišťovnateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2018 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení.
3. 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), popř. i jiné výkony rychlé diagnostiky, podle Seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2018 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle Seznamu výkonů v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za Poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony č. 02230 a 01443, popř. i jiné výkony rychlé diagnostiky, podle Seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, v roce 2018 převyší 100% celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle Seznamu výkonů v roce 2017, je Pojišťovna oprávněna snížit Pojišťovnateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2018 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení. Do objemu vyžádané péče se nezahnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu.

4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2018, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za Poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018 převyší 100 % celkové úhrady za Poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017, je Pojišťovna oprávněna snížit Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2018 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.
5. Regulační omezení uvedená v článku III. odst. 1 až odst. 4 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. 4,
 - b) pokud Poskytovatel v roce 2018 registroval 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
 - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům,
- Regulační omezení uvedená v článku III. odst. 1 až odst. 4 se nepoužijí:
- d) pokud v roce 2018 úhrada za hrazené služby poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv poskytovatelem na pojištěnce, registrovaného u Poskytovatele k 31.12.2018 (dále jen „započitatelné náklady“) nepřesáhne 110% referenčního krajského průměru všech poskytovatelů odbornosti 001 v daném kraji, ; započitatelné náklady se vypočítají na jednoho přepočteného pojištěnce. Struktura započitatelných nákladů je uvedena v příloze č. 1 tohoto Dodatku,
 - e) pokud započitatelné náklady Poskytovatele v roce 2018 nepřevyší vlastní započitatelné náklady v roce 2017. Započitatelné náklady se vypočítají na jednoho přepočteného pojištěnce. Struktura započitatelných nákladů je uvedena v příloze č. 1 tohoto Dodatku.
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 dospělé 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 zdravotnické prostředky v podskupině 02 – Pomůcky pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro dospělé 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 ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2018 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 4 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.
10. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 4 maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za kapitační 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. 2. 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.

V Liberci dne... 17. 1. 2018

V Teplicích dne... 25. 01. 2018.

Struktura započitatelných nákladů

1. Do započitatelné péče se zahrnuje:

- a. úhrada léčivých přípravků předepsaných registrovaným pojištěncům (s vyloučením těch, které jsou vázány na specifické indikace – léčivé přípravky zařazené 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, 807, 809, 810, 812 až 819 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.