



## Dodatek č. 7 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 5K48B052 ze dne 25. 1. 2016 (dále jen „Smlouva“)  
(zařízení praktických lékařů pro děti a dorost – výkonový způsob úhrady)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	NEMOS SOKOLOV s.r.o.
Sídlo (obec):	Praha 1, Nové Město
Ulice, č.p., PSČ:	Na Florenci 2116/15, 110 00
Zápis v obchodním rejstříku:	<ul style="list-style-type: none"><li>Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 170975, dne 15. 10. 2010</li></ul>
Zastoupený (jméno, funkce):	Mgr. Barbora Vaculíková, MBA a Václav Jirků, M.D., jednatele společnosti
IČ:	24747246
IČZ:	48282000

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Plzeň, pobočka pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Bronislava Hlachová, ředitelka Regionální pobočky Plzeň, pobočky pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj
Doručovací adresa (obec):	Plzeň
Ulice, č.p., PSČ:	Sady 5. května 59, 306 30

(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 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. 2 a v článku III. odst. 4 a 9 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 2 a v článku III. odst. 4 a 9 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.

### Článek II.

- Služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, poskytované pojištěncům Pojišťovny praktickými lékaři pro děti a dorost budou vykazovány a hrazeny podle platného znění vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb.,

kteřou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“), s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.

2. Smluvní strany se dále v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 věta šestá ZVZP dohodly, že 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 identifikačního čísla zařízení přiděleného Poskytovateli Pojišťovnou (dále jen „IČZ“ Poskytovatele) hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, potvrzující skutečnost, že nejméně 50% těchto lékařů jsou držiteli platného diplomu o celoživotním vzdělávání, bude hodnota bodu dle článku II. odst. 1 zvýšena o 0,01 Kč. Poskytovatel se zavazuje, že uvedené podmínky budou dodrženy po celé hodnocené období. V případě nedodržení těchto podmínek je Pojišťovna oprávněna uvedenou bonifikaci snížit.
3. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 0,90 Kč.
4. 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.
5. 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, vztahená 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 vztahená 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, vztahená 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, vztahená 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 s regulační omezení za pomůcky pro inkontinentní nebudou vůbec realizována, čímž vyloučí 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 poskytl hrazené služby 50 a méně pojištěncům 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 nepřevyšší 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 nepřevyšší 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 nepřevyšší 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 a za výkony 09543 za rok 2018 a objem úhrady vypočtený dle článku II. odst. 5.

#### 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.
2. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele, k jejíž úhradě bude Pojišťovna povinná, 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.

V Praze dne 29. 1. 2018

V Plzni dne 30 -01- 2018