

Dodatek č. 23 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 8H61B764 ze dne 20.12.2007 (dále jen „Smlouva“)
(kombinovaná kapitálně výkonová platba u všeobecných praktických lékařů)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	PHARMACENTRUM NIKOS s.r.o.
Sídlo (obec):	Hradec Králové
Ulice, č.p., PSČ:	třída Edvarda Beneše 1549/34, 500 12
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none"> Krajský soud v Hradci Králové, oddíl C, vložka 11424, dne 26.3.1997 	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Josef Kosinka, Ing. Jan Marek, jednatele
IČ:	25267205
IČZ:	61764000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Bc. Markéta Šťastná, vedoucí oddělení správy smluv Regionální pobočky Hradec Králové, pobočky pro Královéhradecký a Pardubický kraj
Doručovací adresa (obec):	Náchod
Ulice, č.p., PSČ:	Poštovní 42, 547 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. 2019 do 31. 12. 2019 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 (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) až f) a odst. 6, 7, 8 písm. a) a 9 až 13, článku III. odst. 5 písm. d) a e) a odst. 10 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené článku II. odst. 1 písm. d) až f) a odst. 6, 7, 8 písm. a) a 9 až 13, článku III. 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:
 - a) **56,- Kč** pro odbornost 001, 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 001, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin.
 - c) **48,- Kč** pro odbornost 001, pokud Poskytovatel neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v předchozím odst. 1 písm. a) nebo b).
 - d) V případě, že Poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, navýší se základní 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. 2019. Celkovou částku, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ujednání, uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2019.
 - e) Základní kapitační sazba dle písm. a) až c) se navýší o 0,60 Kč v případě, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou k 1. lednu 2019 držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů. Smluvní strany se dohodly, že tuto skutečnost Pojišťovně doloží SPL ČR nebo ČLK prostřednictvím jmenného seznamu lékařů nejpozději do 15. 12. 2018, případně Poskytovatel příslušné regionální pobočce Pojišťovny nejpozději do 31. 1. 2019, a že se za platný doklad celoživotního vzdělávání považuje doklad, který je platný minimálně po celý rok 2019.
 - f) V případě, že se jedná o Poskytovatele, který se skládá z více ordinací všeobecných praktických lékařů, kdy každý má své IČP, vlastní ordinační dobu a registruje pojištěnce Pojišťovny, bude pro každé IČP stanovena individuální hodnota základní kapitační sazby.
 - g) Hodnoty základní kapitační sazby pro jednotlivá pracoviště všeobecného praktického lékaře Poskytovatele jsou:

IČP	Hodnota základní kapitační sazby
61764001	56,-Kč

IČP se rozumí tzv. „identifikační číslo pracoviště“ přidělené Pojišťovnou každému jednotlivému všeobecnému praktickému lékaři, 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	4,02
5 - 9 let	1,80
10 - 14 let	1,40
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. 2020 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 2019 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

Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2019.

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 1,18 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, 01201 a výkony očkování (č. 02100 a 02130) se sjednává hodnota bodu ve výši 1,20 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 1,20 Kč při splnění následujících podmínek (přičemž 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 Pojišťovny 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. 2019 a k 31. 12. 2019 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. Hodnota bodu uvedena v odst. 5 až 7 se při splnění následujících podmínek navýší o:
- 0,01 Kč v případě, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou k 1. lednu 2019 držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů. Smluvní strany se dohodly, že tuto skutečnost Pojišťovně doloží SPL ČR nebo ČLK prostřednictvím jmenného seznamu lékařů nejpozději do 15. 12. 2018, případně Poskytovatel příslušné regionální pobočce Pojišťovny nejpozději do 31. 1. 2019, a že se za platný doklad celoživotního vzdělávání považuje doklad, který je platný minimálně po celý rok 2019.
 - 0,01 Kč v případě, že Poskytovatel v oboru všeobecného praktického lékařství poskytuje hrazené služby pojištěncům Pojišťovny 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 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
9. Pro výkony č. 15118 a 15119 dle Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 1,00 Kč.
10. Poskytovateli, který doložil nebo doloží v průběhu roku 2019 Pojišťovně Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, 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 2019, maximálně však do konce platnosti akreditace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých působí školicí lékař 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. 9 tohoto Článku bude Poskytovatel, který písemně oznámí termín, ve kterém bude na svém pracovišti školit lékaře (dále jen „školenec“) v rámci vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství 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 školenice do specializace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých probíhá školení školenice, a to jen za období, ve kterém bude školenec na pracovišti fyzicky přítomen.
12. V případě, že Poskytovatel provede počet výkonů návštěvní služby vykázaných výkony č. 01150, 01160, 01170 nebo 01180 podle seznamu výkonů v intervalu od 30 do 300 na každý 1 000 svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny (ke dni 31. 12. 2019), bude mu navýšena roční úhrada o 5 000 Kč. Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2019.
13. Náhrada cestovních nákladů v návštěvní službě za navštíveného pojištěnce Pojišťovny bude Poskytovateli hrazena formou paušální náhrady, která je pro rok 2019 dohodnuta ve výši 23,-Kč. Paušální náhrada zahrnuje veškeré cestovní náklady spojené s poskytováním návštěvní služby navštívenému pojištěnci Pojišťovny.
14. 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 2019 nepřekročí částku ve výši třicetnásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných v referenčním období, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. Za referenční období se považuje rok 2017.
15. Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2019, 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 roku 2019.

Článek III. Regulační omezení

Smluvní strany si sjednaly, že:

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané Poskytovatelem vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů stanovených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2019 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady 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 pomůcky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2019 vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2019 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 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 celostátních nákladů v roce 2019 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celostátních nákladů v roce 2019 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % 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 2019 registroval 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
 - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům,
 - d) pokud v roce 2019 úhrada za hrazené služby poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv poskytovatelem na pojištěnce, registrovaného u Poskytovatele k 31.12.2019 (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 2019 nepřevýší vlastní započitatelné náklady v roce 2018. 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 všeobecnými praktickými lékaři v roce 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 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 všeobecnými praktickými lékaři v roce 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 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 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 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 2019 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 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 2019, za výkony 09543 za rok 2019 a objem úhrady vypočtený dle článku II. odst. 15.

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 kapitační 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 za Pojišťovnou, 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. 2019 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. 2019 do 31. 12. 2019.
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.

Příloha č. 1 k Dodatku č. 23

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.