

Dodatek č. 61
ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče
 č. 8T91B150 ze dne 13.12.2007 (dále jen „Smlouva“)
 (kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro děti a dorost)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	AGEL Hornická poliklinika s.r.o.
Sídlo (obec):	Ostrava, Moravská Ostrava
Ulice, č.p., PSČ:	Sokolská třída 2587/81, 702 00
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none"> Krajský soud v Ostravě, oddíl C, vložka 4812, dne 26. října 1992 nezapisuje se 	
Zastoupený (jméno, funkce):	Bc. Josef Grochol, MBA, jednatel MUDr. Stanislav Jackanin, MBA, jednatel
IČ:	47668580
IČZ:	91027999

(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):	Ing. Aleš Zbožínek, MBA, ředitel Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
Doručovací adresa (obec):	Ostrava, Moravská Ostrava
Ulice, č.p., PSČ:	Masarykovo náměstí 24/13, 702 00

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (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 písm. g), odst. 4, 6, 7, odst. 8 písm. a), odst. 9 – 11, článku III. odst. 2, 4 a odst. 5 písm. d) a e), odst. 9 a článku V. odst. 1 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené článku II. odst. 1 písm. d) až písm. g), odst. 4, 6, 7, odst. 8 písm. a), odst. 9 – 11, článku III. odst. 2, 4 a odst. 5 písm. d) a e), odst. 9 a článku V. odst. 1 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 pracoviště Poskytovatele odbornosti 002, pokud Poskytovatel na daném pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinací hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
 - b) **50,- Kč** pro pracoviště Poskytovatele odbornosti 002, pokud Poskytovatel na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v předchozím odst. 1 písm. a).
 - c) Ordinálními hodinami se pro účely tohoto Dodatku rozumí ordinací hodiny sjednané v příloze č. 2 Smlouvy mezi Pojišťovnou a Poskytovatelem a jedná se o dobu kdy je na daném pracovišti Poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí. Do ordinálních hodin se nezapočítává návštěvní služba a administrativní činnost.
 - d) Poskytovatel souhlasí se zveřejněním ordinálních hodin na webových stránkách Pojišťovny a zavazuje se, že případné změny oznámí Pojišťovně.
 - e) Základní kapitační sazba dle písm. a) až b) se navýší o 0,60 Kč v případě, že Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2021 doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů (dále „Doklad“). Smluvní strany se dohodly, že tuto skutečnost Pojišťovně prostřednictvím jmeného seznamu lékařů doloží SPLDD ČR nebo ČLK, případně sám Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2021, a že se za platný doklad celoživotního vzdělávání považuje doklad, který je platný po celý rok 2020 nebo 2021. Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po eventuálním skončení platnosti Dokladu doručí Pojišťovně nový Doklad, jehož platnost bude navazovat na platnost původního Dokladu. Smluvní strany mají za to, že platnost původního a nového Dokladu na sebe navazuje v případě, že časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.
 - f) 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 ordinací dobu a registruje pojištěnce Pojišťovny, bude pro každé IČP stanovena individuální hodnota základní kapitační sazby.
 - g) Hodnoty základní kapitační sazby pro jednotlivá pracoviště praktického lékaře pro děti a dorost Poskytovatele jsou:

IČP	Hodnota základní kapitační sazby
91027017	56,- Kč

IČP se rozumí tzv. „identifikační číslo pracoviště“ přidělené Pojišťovnou každému jednotlivému praktickému lékaři pro děti a dorost, 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	4,10
5 - 9 let	1,90
10 - 14 let	1,45
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 28. 2. 2022 předloží Pojišťovně potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů v odbornosti 002, účastnil v roce 2021 alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, bude mu navýšena roční úhrada **o 5 000 Kč plus 40 000 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 2021.

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, s výjimkou výkonů uvedených v odst. 6, a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny se sjednává **hodnota bodu ve výši 1,16 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“), vstupních a preventivních vyšetření (č. 02021, 02022, 02031, 02032) a výkony očkování (č. 02100 a 02130), výkon sledování pacienta s obezitou (č. 02039), výkon sledování novorozence s vyššími nároky na poskytovanou péči (č. 02037), výkony edukace k očkování (č. 02160, 02161) a výkony péče o pacienta v režimu DUPV (VZP výkony č. 15122 a 02242) se sjednává **hodnota bodu ve výši 1,18 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 1,18 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. 2021 a k 31. 12. 2021 a předávání informací nezbytných pro zúčtování do Kanceláře zdravotního pojištění. V případě nesplnění této podmínky budou výkony očkování 02105 uhrazeny ve výši 0,60 Kč za bod.
8. Hodnota bodu uvedena v odst. 5 až 7 se při splnění následujících podmínek navýší o:
- 0,04 Kč v případě, že Poskytovatel splňuje podmínky pro navýšení kapitační sazby dle odst. 1 písm. e) tohoto článku.
 - 0,05 Kč pro dané pracoviště Poskytovatele v případě, že Poskytovatel v odbornosti 002 na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby pojištěncům Pojišťovny v rozsahu alespoň 30 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinční hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin a zároveň vede objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
9. Poskytovateli, který doložil nebo v průběhu roku 2021 doloží Pojišťovně Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru pediatrie, případně v oboru dětského lékařství či praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „Akreditace“) dle ust. § 17 zákona č. 95/2004 Sb., o zdravotnických povoláních lékařů, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „zákon č. 95/2004 Sb.“), 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 Akreditace Pojišťovně. Doba trvání tohoto navýšení je do konce platnosti Akreditace, maximálně však do konce roku 2021. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých působí školicí ve smyslu zákona č. 95/2004 Sb. Podmínka doložení Akreditace dle tohoto odstavce je splněna, pokud Poskytovatel Pojišťovně doloží:

- a) Akreditaci k uskutečňování vzdělávání v základním kmeni nebo Akreditaci k uskutečňování specializačního vzdělávání dle § 17 zákona č. 95/2004 Sb., ve znění zákona č. 67/2017 Sb. (Rozhodnutí udělená po 1. 7. 2017), nebo
- b) Akreditaci pro obor specializačního vzdělávání podle § 17 zákona č. 95/2004 Sb., ve znění účinném přede dnem nabytí účinnosti zákona č. 67/2017 Sb. (Rozhodnutí udělená před 1. 7. 2017).
10. Nad rámec zvýšení základní kapitační sazby podle odst. 9 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 pediatrie, případně v oboru dětské lékařství či praktické lékařství pro děti a dorost, základní kapitační sazba podle článku II. odst. 1 tohoto Dodatku za období školení školenec zvýšena o další 8,- Kč. Navýšení kapitační platby bude provedeno nejdříve od 1. dne měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení Poskytovatele Pojišťovně včetně doložení potvrzení Ministerstva zdravotnictví ČR o zařazení školenec do specializace nebo doložení, že bude probíhat u daného školenec kvalifikační kurz v oboru praktického lékařství pro děti a dorost. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, na kterých probíhá školení školenec, a to jen za období, ve kterém bude školenec na pracovišti fyzicky přítomen. V případě, že Poskytovatel doloží, že je akreditovaným pracovištěm, u kterého je vytvořeno rezidenční místo, bude kapitační sazba podle článku II. odst. 1 zvýšena o 8,- Kč po celou dobu zařazení rezidenta do specializace za podmínky, že Poskytovatel doloží všechny podklady nezbytné pro identifikaci rezidenta včetně rozvrhu jeho specializačního vzdělávání, ze kterého plyne období předpokládaného konce vzdělávání (dále jen „navýšení kapitační platby za obsazené rezidenční místo“). Navýšení kapitační platby za obsazené rezidenční místo bude provedeno následujícím způsobem:
- od 1. 1. 2021, pokud Poskytovatel nejpozději do 28. 2. 2021 doloží, že splňoval podmínky pro navýšení kapitační platby za obsazené rezidenční místo již v průběhu měsíce ledna 2021,
 - v ostatních případech pak od 1. dne měsíce, ve kterém Poskytovatel doloží, že splňuje podmínky pro navýšení kapitační platby za obsazené rezidenční místo.
- Poskytovatel má za každé pracoviště splňující podmínky navýšení za školenec/rezidenta nárok pouze na jedno navýšení dle tohoto odstavce. Poskytovatel se zavazuje neprodleně informovat Pojišťovnu o změně skutečností rozhodných pro přiznání navýšení dle tohoto odstavce, a to včetně přerušení specializačního vzdělávání daného rezidenta.
11. V případě, že Poskytovatel provede počet výkonů návštěvní služby vykázaných výkony č. 01150, 01160, 01170, 01180 nebo 02200 podle seznamu výkonů v intervalu od 30 do 300 na každý 1 000 svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny (ke dni 31. 12. 2021) bude mu navýšena roční úhrada o 5 000 Kč. Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2021.
12. Pro výkony přepravy v návštěvní službě uvedené v Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 1,00 Kč.
13. Za každou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázanou výkonem č. 01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví **úhrada ve výši 65 Kč**.
14. Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2021, 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 2021.

Článek III. Regulační omezení

Smluvní strany si sjednaly, že:

1. Pokud průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převyšuje o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků 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 při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků 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 až 810, 812 až 819 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“), podle Seznamu výkonů, a za výkony č. 02230 (CRP) a 01443 (INR) podle Seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky (vykazované výkony č. 01445, 01146, 01147, 01148, 02220 podle Seznamu výkonů), pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem

- a Pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období převyší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v roce 2021 vykázan výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301 a 82302 podle seznamu výkonů.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů hodnoceném období, převyší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
 4. Ustanovení Přílohy č. 2 Části D odst. 1.2 a odst. 4 vyhlášky se nepoužijí – tzn., že smluvní strany výslovně vylučují aplikaci těchto ustanovení a regulační omezení za zdravotnické prostředky pro inkontinentní nebudou realizována.
 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 měl v roce 2021 registrovaných 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
 - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům,
 - d) pokud v roce 2021 úhrada za hrazené služby poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv poskytovatelem na pojištěnce, registrovaného u Poskytovatele k 31. 12. 2021 (dále jen „započitatelné náklady“) nepřesáhne 110% referenčního krajského průměru všech poskytovatelů odbornosti 002 v daném kraji vypočteného z roku 2019; 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 2021 nepřevyší vlastní započitatelné náklady v roce 2020. 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 součet úhrad Pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní předepsané praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2021 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2021 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
 7. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 2 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2021 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2021 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
 8. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v roce 2021 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2021 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
 9. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 3 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2021 a úhrady vypočtené dle článku II. odst. 13 a 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 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. 2021 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 podle platného Seznamu výkonů s hodnotou bodu 1,27 Kč samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

Článek VI.

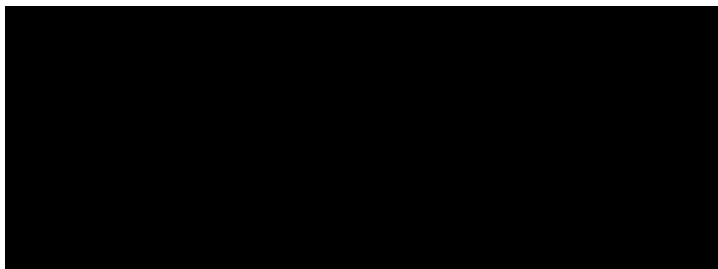
1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021.
3. Tento Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
4. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

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 s výjimkou úhrady za výkony č. 82301 nebo 82302 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.

Za Poskytovatele



Za Pojišťovnu

