

## Dodatek č. 5

### ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 2085B003 ze dne 29. 9. 2020 (dále jen „Smlouva“)  
(kombinovaná kapitálně výkonová platba u všeobecných praktických lékařů)

uzavřené mezi smluvními stranami:

<b>Poskytovatel zdravotních služeb:</b>	<b>Nemocnice AGEL Podhorská a.s.</b>
<b>Sídlo (obec):</b>	Rýmařov
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	Hornoměstská 549/16, 795 01
<b>Zápis v obchodním rejstříku:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Krajský soud v Ostravě, oddíl B, vložka 3014, dne 9. prosince 1992</li> <li><del>nezapisuje se</del></li> </ul>	
<b>Zastoupený (jméno, funkce):</b>	Ing. Pavel Kameník, předseda představenstva RNDr. Jaromír Soušek, Ph.D., člen představenstva
<b>IČ:</b>	47668989
<b>IČZ:</b>	85200900

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

a

<b>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky</b>	
<b>Sídlo:</b>	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
<b>IČ:</b>	41197518
<b>Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj</b>	
<b>Zastoupená (jméno a funkce):</b>	Ing. Aleš Zbožínek, MBA, ředitel Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
<b>Doručovací adresa (obec):</b>	Ostrava
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	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. 2022 do 31. 12. 2022 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 396/2021 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022 (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. e) až písm. i) a odst. 6, odst. 7 písm. a) a odst. 8 – 10, článku III. odst. 3, odst. 5 písm. d) a e) a odst. 10 a článku V. odst. 1 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 1 písm. e) až písm. i) a odst. 6, odst. 7 písm. a) a odst. 8 – 10, článku III. odst. 3, odst. 5 písm. d) a e) a odst. 10 a článku V. odst. 1 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. Výše kapitační platby a hodnota bodu

1. Základní kapitační sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se sjednává ve výši:
  - a) **60,- Kč** pro pracoviště Poskytovatele v odbornosti 001, 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 ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
  - b) **54,- Kč** pro pracoviště Poskytovatele v odbornosti 001, pokud Poskytovatel na daném pracovišti 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.
  - c) **51,- Kč** pro pracoviště Poskytovatele v odbornosti 001, pokud Poskytovatel na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písm. a) nebo b).
  - d) Ordinálními hodinami se pro účely tohoto Dodatku rozumí ordinální 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.
  - e) Poskytovatel souhlasí se zveřejněním ordinálních hodin na webových stránkách Pojišťovny a zavazuje se, že případné změny oznámí Pojišťovně.
  - f) 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 1,00 Kč. Rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek ku počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. 12. 2022. Celkovou částku, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ujednání, uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2022.
  - g) Základní kapitační sazba dle písm. a) až c) se navýší o 1,00 Kč v případě, že Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2022 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 jmenného seznamu lékařů doloží SPL ČR nebo ČLK, případně sám Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2022, a že se za platný doklad celoživotního vzdělávání považuje doklad, který je platný po celý rok 2022. 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.
  - h) V případě, že se jedná o Poskytovatele, který se skládá z více ordinací všeobecných praktických lékařů, kdy každý má své IČP, vlastní ordinální dobu a registruje pojištěnce Pojišťovny, bude pro každé IČP stanovena individuální hodnota základní kapitační sazby.
  - i) Hodnoty základní kapitační sazby pro jednotlivá pracoviště všeobecného praktického lékaře Poskytovatele jsou:

IČP	Hodnota základní kapitační sazby
85200901	60,- 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	4,10
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 15. 3. 2023 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 2022 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 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 2022.

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 1,20 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. 01021, 01022), péče o onkologické pacienty (č. 01186, 01188), kolorektálního screeningu (č. 15118 a 15119), péče o diabetiky a prediabetické pacienty (č. 01201 a 01204), výkony očkování (č. 02100, 02105, 02125 a 02130) a výkony péče o pacienta v režimu DUPV (VZP výkony č. 15122 a 02242) se sjednává **hodnota bodu ve výši 1,21 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. Hodnota bodu uvedena v odst. 5 a 6 se při splnění následujících podmínek navýší o:
- 0,04 Kč v případě, že Poskytovatel splňuje podmínky pro navýšení kapitační sazby dle odst. 1 písm. g) tohoto článku.
  - 0,05 Kč pro dané pracoviště Poskytovatele v případě, že Poskytovatel v odbornosti 001 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 ordinární 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.
8. Poskytovateli, který doložil nebo v průběhu roku 2022 doloží Pojišťovně Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecného praktického lékařství (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 sazby bude provedeno od 1. dne měsíce následujícího po předložení Akreditace Poskytovatelem Pojišťovně. Doba trvání tohoto navýšení je do konce platnosti Akreditace, maximálně však do konce roku 2022. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých působí školiťel ve smyslu zákona č. 95/2004 Sb. Podmínka doložení Akreditace dle tohoto odstavce je splněna, pokud Poskytovatel Pojišťovně doloží Akreditaci k uskutečňování vzdělávání v

základním kmeni a zároveň Akreditaci k uskutečňování specializačního vzdělávání dle § 17 zákona č. 95/2004 Sb., ve znění zákona č. 67/2017 Sb.

9. Nad rámec zvýšení základní kapitační sazby dle 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 všeobecného praktického lékařství dle zákona č. 95/2004 Sb., základní kapitační sazba podle článku II. odst. 1 tohoto Dodatku za období vzdělávání školence zvýšena o další 3,- Kč. Navýšení kapitační sazby bude provedeno nejdříve od 1. dne měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení Poskytovatele Pojišťovně včetně doložení potvrzení Ministerstva zdravotnictví ČR o zařazení školence do specializace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých probíhá vzdělávání školenec, a to jen za období, ve kterém bude školenec na pracovišti fyzicky přítomen. Pokud dojde ke změně skutečností rozhodných pro přiznání navýšení dle tohoto odstavce, je o této změně Poskytovatel povinen neprodleně informovat Pojišťovnu.
10. 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. 2022) bude mu navýšena roční úhrada o 5 000 Kč. Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2022.
11. Pro výkony přepravy v návštěvní službě uvedené v Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 1,05 Kč.
12. 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 68 Kč.
13. Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2022, na základě, nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna Poskytovateli uhradí částku ve výši 1,70 Kč. Celkovou částku dle tohoto ujednání uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2022.

### **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, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převyší 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 přihledne k případům, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků 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 zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2022 vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převyší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky 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, 01443, 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 2022 vykázan výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a výkony spojené se screeningem v rámci programu časného zachytu karcinomu plic podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301 a 82302 podle seznamu výkonů.
4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů v 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.

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 měl v roce 2022 registrovaných 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
  - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům,
  - d) pokud v roce 2022 úhrada za hrazené služby poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv poskytovatelem na pojištěnce, registrovaného u Poskytovatele k 31. 12. 2022 (dále jen „započitatelné náklady“) nepřesáhne 110 % referenčního krajského průměru všech poskytovatelů odbornosti 001 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 2022 nepřevýší vlastní započitatelné náklady v roce 2021. 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 všeobecnými praktickými lékaři v roce 2022 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2022 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
7. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 2 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané všeobecnými praktickými lékaři v roce 2022 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2022 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2022 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2022 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 4 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v roce 2022 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2022 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
10. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 4 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 2022 a úhrady vypočtené dle článku II. odst. 12 a 13.

#### **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. 2022 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 ve výši 1,30 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. 2022 do 31. 12. 2022.
3. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě 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.

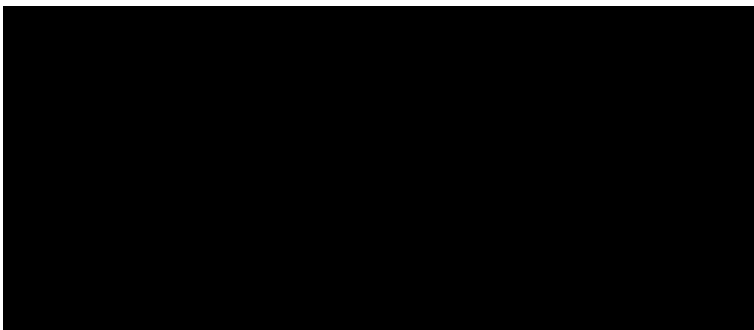
## Struktura započitatelných nákladů

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 PCR testování onemocnění COVID-19 (výkony č. 82301, 82302, 82304 podle seznamu výkonů a dále výkony VZP č. 82351 a 82352),
- 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.

2. Do započitatelné péče se nezahrnuje úhrada za výkon VZP č. 99915 (pozn. aplikace monoklonálních protilátek), případně za další výkony spojené s nákladnou léčbou onemocnění COVID-19, definované v aktuálním organizačním opatření VZP ČR v souvislosti s onemocněním COVID-19 způsobeného virem SARS-CoV-2.

za Poskytovatele



za Pojišťovnu

