

**Dodatek č. 33**  
**ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče**  
č. 7M89B116 ze dne 17. 12. 2007 (dále jen „Smlouva“)  
(výkonový způsob úhrady u všeobecných praktických lékařů)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Odborný léčebný ústav Paseka, příspěvková organizace
Sídlo (obec):	Paseka
Ulice, č.p., PSČ:	Paseka 145, 783 97
<b>Zápis v obchodním rejstříku:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Krajský soud Ostrava, oddíl Pr, vložka 947, dne dne 18.5.2004</li><li><del>nezapisuje se</del></li></ul>	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Zdenka Polzerová, MBA, ředitelka
IČ:	00849081
IČZ:	89330000

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

a

<b>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky</b>	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
<b>Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj</b>	
Zastoupená (jméno a funkce):	
Doručovací adresa (obec):	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. 2024 do 31. 12. 2024 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024 (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. 3 a 4, v článku III. odst. 5 písm. b), odst. 6 a 10 a v článku V. odst. 1 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 3 a 4, v článku III. odst. 5 písm. b), odst. 6 a 10 a v 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.

1. Hrazené služby budou vykazovány a hrazeny podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“), s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč.
2. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 1,20 Kč.
3. Za každou epizodu péče nebo kontakt s pojištěncem v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci všeobecného praktického lékaře podle Seznamu výkonů se stanovuje úhrada následujícím způsobem:
  - a) u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle Seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **208 Kč**.
  - b) u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle Seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **156 Kč**.
  - c) u pojištěnce ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle Seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **104 Kč**.
  - d) u pojištěnce od dovršení věku 18 let se hradí výkon VZP č. 01543 se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **83 Kč**
4. Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2024, na jejichž základě 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 2024.

## Článek III.

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, převýší 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 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 zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2024 vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší 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, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období převýší 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 2024 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 a časného zachytu karcinomu prostaty podle seznamu výkonů a výkony v rámci populačního programu časného zachytu osteoporózy prováděné poskytovatelem, který má se Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.
4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů v hodnoceném období převýší 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 v roce 2024 poskytnul hrazené služby 50 a méně pojištěncům Pojišťovny,
  - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

6. Do hodnot použitých při výpočtu regulačních omezení dle odst. 1. až 4. tohoto článku nejsou zahrnuty hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny, kterým byly v roce 2024 poskytnuty hrazené služby poskytovatelem v odbornosti 913.
7. 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 2024 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. 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 2024 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2024 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
10. 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 2024 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2024 a úhrady vypočtené dle článku II. odst. 3 a 4.

#### **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 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. 2024 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 1,45 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. 2024 do 31. 12. 2024.
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.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu