

D o d a t e k č. 36

ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče

č. 8T91B167 ze dne 7.2.2008 (dále jen „Smlouva“)

(kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro děti a dorost)

uzavřené mezi:

| | |
|----------------------------|---|
| Poskytovatelem: | Vítkovická nemocnice a.s. |
| sídlo: | PSČ 703 84, Ostrava – Vítkovice, Zalužanského 1192/15 |
| jehož jménem jedná: | MUDr. Marie Marsová, MBA, předseda představenstva Ing. Pavel Bědajánek, místopředseda představenstva Ing. Petr Hýža, člen představenstva |
| IČO: 60793201 | IČZ: 91951000 |
| | Zapsána v OR KS Ostrava oddíl B, vložka 1050 |

(dále jen **Poskytovatel**)

a

Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, IČO 41197518,
jejímž jménem jedná: Ing. Aleš Zbožínek, MBA **funkce:** ředitel Regionální pobočky VZP ČR
pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
doručovací adresa: VZP ČR, Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský,
Olomoucký a Zlínský kraj, Sokolská třída 1/267, Ostrava, PSČ 702 00
(dále jen **Pojišťovna**)

Smluvní strany se v návaznosti na výsledky Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2014 a v souladu s ustanovením § 17, odst. 5) zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014 bude prováděna následovně.

Článek I.

Výše kapitační platby a hodnota bodu

1. Základní sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se sjednává ve výši:
 - a) **50,- Kč pro odbornost 002**, 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 objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu, není-li dle místních podmínek (např. v odlehlých oblastech v návaznosti na dopravní obslužnost apod.) mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou dohodnuto prodloužení odlišně; V případech, kdy prodloužení ordinačních hodin do 18 hodin nepřináší pojištěncům prokazatelné výhody, protože z důvodů dopravní nedostupnosti nebo jiného závažného důvodu nemohou tuto prodlouženou ordinační dobu využít, je Pojišťovna oprávněna po

vyhodnocení místních podmínek a specifik sjednat tuto základní sazbu i v případě prodloužení ordinační doby 1x týdně jen do 17 hodin,

- b) **49,- Kč pro odbornost 002**, pokud Poskytovatel neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v předchozím odst. 1 písm. a).
- c) 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 ordinační dobu a registruje pojištěnce, bude pro každé IČP stanovena individuální hodnota základního kapitačního paušálu.
- d) Hodnoty kapitačního paušálu pro jednotlivá pracoviště praktického lékaře pro děti a dorost Poskytovatele jsou:

| IČP | Počet hodin | Do 18 hod A/N | 5 dnů A/N | Objednávání A/N | Hodnota k.paušálu | Akreditace A/N | Školitel A/N |
|----------|-------------|---------------|-----------|-----------------|-------------------|----------------|--------------|
| 91951362 | 28 | N | A | A | 49,- | N | N |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

IČP je identifikační číslo pracoviště, ve významu čísla, které identifikuje ordinaci samostatného praktického lékaře Poskytovatele.

2. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny se vypočte vynásobením počtem Poskytovatelem registrovaných pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle odst. 3, násobených indexem podle odst. 3.
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 | 3,91 |
| 5 - 9 let | 1,70 |
| 10 - 14 let | 1,35 |
| 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. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny, Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,08 Kč**.
5. Pro výkony 02021, 02022, 02031, 02032 a výkony očkování (02100 a 02130) se stanoví hodnota bodu ve výši **1,10 Kč**. Povinné/pravidelné očkování včetně očkování rizikových skupin bude Pojišťovnou uhrazeno poskytovateli hrazených služeb pouze při dodržování Metodiky pro provádění pravidelného očkování.

6. Pro výkony očkování 02105 a 02125 se stanoví hodnota bodu ve výši **1,12 Kč** při splnění následujících podmínek (příčemž podmínky uvedené v písmenu b) se týkají pouze výkonů povinného očkování – 02105):
- a) 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 VZP ČR nedohodnou jinak; v případě nesplnění této podmínky nebude výkon očkování uhrazen. Platnou Metodiku VZP ČR zveřejní prostřednictvím dálkového přístupu na webových stránkách.
 - b) Splnění povinnosti zabezpečit další podmínky týkající se objednávání, likvidace a sledování údajů o stavu skladovaných očkovacích látek k 30.6.2014 a k 31.12.2014 a předávání informací nezbytných pro zúčtování do Clearingového centra, včetně realizace objednávek pouze u zdravotní pojišťovnou sděleného distributora. V případě nesplnění této podmínky budou výkony očkování uhrazeny ve výši **0,60 Kč**.
7. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši **0,90 Kč**. Tato hodnota bodu je stanovena i pro výpočet paušální náhrady cestovních nákladů v návštěvní službě. V případě, že jsou cestovní náklady v návštěvní službě hrazeny Poskytovateli formou paušální náhrady, je pro rok 2014 stanovena částka ve výši **----- Kč**.
8. Poskytovateli, který doložil nebo doloží v průběhu roku 2014 Pojišťovně Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktický lékař pro děti a dorost, bude základní kapitační sazba podle odst. 1 zvýšena o **1,- Kč**. Navýšení kapitační platby bude provedeno od následujícího měsíce po předložení tohoto Rozhodnutí. Doba trvání tohoto navýšení je do konce roku 2014, maximálně však do konce platnosti akreditace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých působí školitel.
9. Poskytovateli, který písemně oznámí termín, ve kterém bude na svém pracovišti školit lékaře v rámci vzdělávacího programu pro obor praktický lékař pro děti a dorost, bude základní kapitační sazba v tomto termínu podle odst. 1 zvýšena o **4,- Kč**. Navýšení kapitační platby bude provedeno od následujícího měsíce po písemném oznámení Poskytovatele včetně doložení potvrzení o zařazení školence do specializace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých probíhá školení školence, a to jen za období, ve kterém bude školenec na pracovišti fyzicky přítomen.
10. Podmínkou pro přiznání navýšení základní kapitační sazby podle odst. 8 a 9 tohoto článku je nasmlouvání přílohy č. 2 ke Smlouvě typu A.

Článek II.

Regulační omezení

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2014 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, 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 platného znění zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a které Pojišťovna uhradila. Pojišťovna zohlední případy, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky 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 vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“), podle seznamu výkonů, odbornosti 902, podle seznamu výkonů, a za výkony CRP (02230) a INR (01443), 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 celorepublikových nákladů na vyžádanou péči v roce 2014 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, odbornosti 902 a výkony CRP a INR, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do objemu vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu Smlouvu.
3. Regulační omezení uvedená v odst. 1 a odst. 2 se nepoužijí
 - a) pokud Poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 1 a odst. 2,
 - b) pokud Poskytovatel v roce 2014 registroval 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
 - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům,
 - d) pokud započitatelné náklady Poskytovatele nepřesáhnou 110% referenčního krajského průměru, přičemž tyto ukazatele budou stanoveny zvláštní metodikou; struktura započitatelných nákladů je uvedena v příloze č. 1 tohoto dodatku ke Smlouvě,
 - e) pokud započitatelné náklady Poskytovatele v roce 2014 nepřevyší vlastní započitatelné náklady v roce 2013, tyto ukazatele budou stanoveny zvláštní metodikou; struktura započitatelných nákladů je uvedena v příloze č. 1 tohoto dodatku ke Smlouvě.
4. Regulační omezení uvedené v odst. 1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2014 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny pro praktické lékaře pro děti a dorost.
5. Regulační omezení uvedené v odst. 2 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, odbornosti 902 a za výkony CRP a INR v roce 2014, nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
6. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 1 až odst. 2 maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2014.

Článek III.

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, k jejíž úhradě bude Pojišťovna povinna, 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. 2014 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí cenová 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 IV.

1. Zdravotní výkony za zahraniční pojištěnce vykazuje Poskytovatel výkonovým způsobem podle platného seznamu výkonů samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny; tato péče se nezahrnuje do regulačních omezení.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky č. 428/2013 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014.

Článek V.

1. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Tento dodatek nabývá platnosti a účinnosti dnem jeho podpisu zástupci obou smluvních stran. Smluvní strany se dohodly, že ustanoveními tohoto dodatku se upravuje mechanismus úhrady hrazených služeb definovaných tímto dodatkem i přede dnem nabytí účinnosti tohoto dodatku v období od 1. 1. 2014.
3. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2014 nejdéle však na dobu platnosti Smlouvy, pokud tato skončí před uvedeným datem.
4. Příloha č. 1 k tomuto dodatku je nedílnou součástí tohoto dodatku a Poskytovatel svým níže připojeným podpisem s jejím obsahem souhlasí.
5. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
6. Kde je ve Smlouvě uveden pojem Zdravotnické zařízení, je tím myšlen pojem Poskytovatel, a kde je uveden pojem zdravotní péče, je tím myšlen pojem hrazené služby.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V Ostravě dne 19. 3. 2014

11. 03. 2014

Struktura započitatelných nákladů

Příloha č. 1 k Dodatku č. 36

1. Započitatelná péče představuje hrazené služby poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv Poskytovatelem na pojištěnce, který je registrován u hodnoceného praktického lékaře.
2. Do započitatelné péče se zahrnuje:
 - a. úhrada léčivých přípravků předepsaných registrovaným pojištěncům (s vyloučením těch, které jsou vázány na specifické indikace – léčivé přípravky zařazených 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, 804, 805, 807, 809, 810, 812 až 819, 822 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.
3. Výpočet započitatelných nákladů je stanoven na jednoho přepočteného pojištěnce.