

## **Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství pro rok 2019 – diferencovaná KKVP**

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2019, budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

### **Článek 1**

#### **Výše základní kapitační sazby a hodnota bodu**

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství jsou v roce 2019 hrazeny formou kombinované kapitačně výkonové platby, resp. formou kombinované kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace.
- 2) Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní sazba měsíční kapitační platby na jednicového registrovaného pojištěnce Pojišťovny pro rok 2019 se stanoví ve výši:
  - a) 56 Kč pro Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který 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, a to v minimálním rozsahu dvakrát tři hodiny v týdnu,
  - b) 50 Kč pro Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který 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 Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písm. a) nebo b).

Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se Pojišťovna s Poskytovatelem dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně.

Poskytovatel definovaný pod písmeny a) až c) zajišťuje pro pojištěnce Pojišťovny návštěvní službu.

- 3) Rozsah hrazených služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny definovaných v odstavci 2 oznámí Poskytovatel Pojišťovně vyplněním Přílohy č. 1 k Dodatku. Změny údajů definovaných v odstavci 2 se Poskytovatel zavazuje neprodleně oznámit Pojišťovně včetně uvedení účinnosti změny vyplněním Přílohy č. 1 k Dodatku.
- 4) V případě, že Poskytovatel Pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019, základní kapitační sazba podle písmen a) až c) se navýší o 0,60 Kč.
- 5) Počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny se vypočte vynásobením počtu Poskytovatelem registrovaných pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách dle části A) bodu 10 přílohy č. 2 k vyhlášce MZ č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 (dále jen „Vyhláška MZ č. 201/2018 Sb.“) příslušným věkovým indexem stanoveným podle části A) bodu 10 přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 201/2018 Sb.
- 6) Výkony zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 jsou stanoveny v části A) bodu 3 přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 201/2018 Sb.
- 7) Výkony nezahrnuté do kapitační platby, výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny a za zahraniční pojištěnce Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané, hrazené podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), Pojišťovna hradí hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.
- 8) Výkony 01201, 01021, 01022 a výkony očkování 02100, 02130 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Pojišťovna hradí ve výši 1,20 Kč za bod.
- 9) Pro výkony očkování 02105 a 02125 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč při splnění následujících podmínek (přičemž 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<sup>1</sup> pro provádění pravidelného očkování, pokud se zástupci poskytovatelů a Pojišťovny nedohodnou jinak; v případě nesplnění této podmínky nebude výkon očkování uhrazen.
- b) 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 Clearingového centra. V případě nesplnění této podmínky budou výkony očkování uhrazeny ve výši 0,60 Kč za bod.
- 10) Vyhodnocení podmínek dle odstavce 9 bude Pojišťovnou provedeno po ukončení roku 2019 a Poskytovateli oznámeno do 30. 6. 2020.
- 11) Hodnota bodu uvedená v odstavcích 7 až 9 se za splnění následujících podmínek navýší o:
- a) 0,01 Kč v případě, že Poskyvatel Pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019,
- b) 0,01 Kč v případě, že Poskyvatel v oboru všeobecné praktické lékařství poskytuje hrazené služby v rozsahu dle odstavce 2 písm. a).
- 12) Skutečnost, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019, Poskyvatel Pojišťovně doloží zasláním dokladů o celoživotním vzdělávání nejpozději do 31. ledna 2019.
- 13) Finanční vypořádání navýšení hodnoty bodu dle odstavce 11, za splnění podmínky uvedené v odstavci 12, provede Pojišťovna Poskytovateli za období 1. pololetí 2019 do 31. 8. 2019 a za období 2. pololetí 2019 do 30. 6. 2020.
- 14) Výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., Pojišťovna hradí ve výši 0,90 Kč za bod.
- 15) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázáný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. uhradí Pojišťovna Poskytovateli 30 Kč.
- 16) Za každou Poskytovatelem vystavenou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, obdrží Poskyvatel úhradu ve výši 1,70 Kč. Výplata bude realizována v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2020.
- 17) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2019 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

## Článek 2

### Podmínky a výše navýšení základní sazby kapitační platby

#### A. Preventivní prohlídky

- 1) V případě, že Poskyvatel v oboru všeobecné praktické lékařství provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, navýší se základní kapitační platba podle článku 1 odstavce 2 o 0,50 Kč.
- 2) Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019. Podmínky pro výplatu bonifikace stanovené v odstavci 1 budou posuzovány dle stavu k 31. 12. 2019.
- 3) Výplata bonusu bude realizována do 30. 6. 2020.

#### B. Komplexní nákladovost

- 1) Na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti hrazených služeb poskytnutých registrovaným pojištěncům Pojišťovny a porovnáním s obdobnými náklady na hrazené služby u jiných Poskytovatelů v oboru praktické lékařství může být celková výše úhrady Poskytovateli po skončení období upravena. Podmínkou pro zařazení do vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti je 50 a více registrovaných

---

<sup>1</sup> Plné znění aktuální verze této metodiky včetně přílohy, kterou je formulář pro vykazování potřebných údajů do Clearingového centra je k dispozici na webových stránkách Clearingového centra v rámci Kanceláře zdravotního pojištění, z.s. (<http://www.kancelarzp.cz/cs/pro-poskytovatele/cc>)

pojištěnců Pojišťovny v příslušném sledovaném období včetně poskytování zdravotních služeb po celé sledované období.

- 2) Při vyhodnocování komplexní finanční nákladovosti bude o přidělení „ bonusu“ rozhodovat celková výše nákladů, vykázaných a uznaných v daném období, na registrované pojištěnce Pojišťovny příslušného Poskytovatele, kdy Pojišťovna zajistí vyloučení nákladů, které Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nemůže ovlivnit a zohlední nehomogenitu čerpání nákladů jednotlivými věkovými skupinami.
- 3) Do celkového sledovaného parametru nákladovosti Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství (Poskytovatel s více než 50 registrovanými pojištěnci Pojišťovny) specifikovaného Pojišťovnou se zahrnují:
  - a) výkony nad rámec kapítace včetně ZUM, ZULP bez preventivní péče a očkování včetně ZUM, ZULP  
= úhrada za poskytnuté hrazené služby registrovaným pojištěncům Pojišťovny nad rámec kapítace (doklady 01 a 03 s hlavičkovou odborností 001), při hodnotě bodu platné pro příslušné sledované období, kromě následujících kódů: 01021 = komplexní vyšetření praktickým lékařem, 01022 = opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem, zdravotní výkony očkování, výkony ke stanovení okultního krvácení 15118, 15119 (15120 a 15121), výkon INR 01443 a výkon 09543,
  - b) výkony indukované péče včetně ZUM, ZULP  
= vyžádaná zdravotní péče na registrovaného pojištěnce Pojišťovny sledovaného Poskytovatele – doklady 06 a 03, kromě následujících odborností: 014 – klinická stomatologie, 015 – ortodoncie, 128 – pracoviště hemodialýzy, 204 – tělovýchovné lékařství, 208 – lékařská genetika, 304 – neonatologie, 305 – psychiatrie, 306 – dětská a dorostová psychiatrie, 307 – gerontopsychiatrie, 308 – návykové nemoci, 309 – sexuologie, 402 – klinická onkologie, 403 – radiační onkologie, 413 – radiační onkologie-skupina 1, 503 – úrazová chirurgie (traumatologie), 505 – kardiochirurgie, 506 – neurochirurgie, 513 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 1, 523 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 2, 525 – kardiochirurgie-skupina 2, 526 – neurochirurgie-skupina 2, 533 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 3, 535 – kardiochirurgie-skupina 3, 536 – neurochirurgie-skupina 3, 601 – plastická chirurgie, 602 – popáleninová medicína, 603 – gynekologie a porodnictví, 604 – dětská gynekologie, 605 – orální a maxilofaciální chirurgie, 607 – ortopedická protetika, 611 – plastická chirurgie-skupina 1, 612 – popáleninová medicína-skupina 1, 613 – gynekologie a porodnictví-skupina 1, 614 – dětská gynekologie-skupina 1, 615 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 1, 621 – plastická chirurgie-skupina 2, 622 – popáleninová medicína-skupina 2, 623 – gynekologie a porodnictví-skupina 2, 624 – dětská gynekologie-skupina 2, 625 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 2, 631 – plastická chirurgie-skupina 3, 632 – popáleninová medicína-skupina 3, 633 – gynekologie a porodnictví-skupina 3, 634 – dětská gynekologie-skupina 3, 635 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 3, 705 – oftalmologie, 708 – anesteziologie a intenzivní medicína, 709 – urgentní medicína, 715 – oftalmologie-skupina 1, 725 – oftalmologie-skupina 2, 728 – anesteziologie a intenzivní medicína-skupina 2, 735 – oftalmologie-skupina 3, 901 – klinická psychologie,
  - c) výkony neindukované péče včetně ZUM, ZULP  
= nevyžádaná zdravotní péče vztahující se k registrovaným rodným číslům sledovaného Poskytovatele – doklady 01, 03, 05, kromě následujících odborností: 014 – klinická stomatologie, 015 – ortodoncie, 128 – pracoviště hemodialýzy, 204 – tělovýchovné lékařství, 208 – lékařská genetika, 304 – neonatologie, 305 – psychiatrie, 306 – dětská a dorostová psychiatrie, 307 – gerontopsychiatrie, 308 – návykové nemoci, 309 – sexuologie, 402 – klinická onkologie, 403 – radiační onkologie, 413 – radiační onkologie-skupina 1, 503 – úrazová chirurgie (traumatologie), 505 – kardiochirurgie, 506 – neurochirurgie, 513 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 1, 523 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 2, 525 – kardiochirurgie-skupina 2, 526 – neurochirurgie-skupina 2, 533 – úrazová chirurgie (traumatologie)-skupina 3, 535 – kardiochirurgie-skupina 3, 536 – neurochirurgie-skupina 3, 601 – plastická chirurgie, 602 – popáleninová medicína, 603 – gynekologie a porodnictví, 604 – dětská gynekologie, 605 – orální a maxilofaciální chirurgie, 607 – ortopedická protetika, 611 – plastická chirurgie-skupina 1, 612 – popáleninová medicína-skupina 1, 613 – gynekologie a porodnictví-skupina 1, 614 – dětská gynekologie-skupina 1, 615 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 1, 621 – plastická chirurgie-skupina 2, 622 – popáleninová medicína-skupina 2, 623 – gynekologie a porodnictví-skupina 2, 624 – dětská gynekologie-skupina 2, 625 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 2, 631 – plastická chirurgie-skupina 3, 632 – popáleninová medicína-skupina 3, 633 – gynekologie a porodnictví-skupina 3, 634 – dětská gynekologie-skupina 3, 635 – orální a maxilofaciální chirurgie-skupina 3, 705 – oftalmologie, 708 – anesteziologie a intenzivní medicína, 709 – urgentní medicína, 715 – oftalmologie-skupina 1, 725 – oftalmologie-skupina 2, 728 – anesteziologie a intenzivní medicína-skupina 2, 735 – oftalmologie-skupina 3, 901 – klinická psychologie,
  - d) náklady na léky a zdravotnické prostředky předepsané registrovaným pojištěncům Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství včetně léků a zdravotnických prostředků, které podléhají schválení revizním lékařem,
  - e) výkony vykázané na registrovaného pojištěnce Pojišťovny sledovaného Poskytovatele v rámci indukované i neindukované zdravotní péče na dokladech 16 (= vyúčtování lázeňské léčebně

rehabilitační péče), které se vztahují k příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péči, a to formou denního paušálu za náklady na léčení dle konkrétního místa poskytnutí léčby.

- 4) Do celkového sledovaného parametru nákladovosti daného Poskytovatele specifikovaného Pojišťovnou se nezahrnují nákladní pojištěnci Pojišťovny registrovaní u sledovaného Poskytovatele: vyloučení veškerých nákladů na rodné číslo od hranice = 200.000 Kč / rok / 1 registrované rodné číslo bez zohlednění věkového indexu používaného při výpočtu kapitačních plateb.
- 5) Mechanismus výpočtu a přiznání „ bonusu“ v rámci diferencované KKVP:
  - a) bonus Poskytovatel získá, pokud sledované náklady daného Poskytovatele na registrovaného pojištěnce Pojišťovny nepokročí 80 % celostátního průměru a nepřevyší 105 % celostátního průměru,
  - b) celkový parametr nákladovosti konkrétního Poskytovatele zjištěný dle výše uvedené struktury (viz odstavec 3 a 4) bude v rámci jednotlivých dílčích parametrů globálního parametru nákladovosti přepočten příslušným věkovým indexem,
  - c) celkový parametr nákladovosti Pojišťovny zjištěný dle výše uvedené struktury (viz odstavec 3 a 4) bude v rámci jednotlivých dílčích parametrů globálního parametru nákladovosti přepočten příslušným věkovým indexem,
  - d) výše bonusu v roce 2019 bude záviset na rozdílu přepočteného parametru nákladovosti konkrétního Poskytovatele a celostátního přepočteného parametru nákladovosti (viz tabulka bonusových sazeb):

Dosažené procento nákladovosti	Bonusová sazba Pojišťovny
Od 80 % do 90 % včetně	2,50 Kč
Od 91 % do 100 % včetně	1,50 Kč
Od 101 % do 105 % včetně	0,50 Kč

- e) mechanismus výpočtu bonusu = počet registrovaných pojištěnců rozdělených podle příslušných věkových skupin \* bonusová sazba stanovená dle dosaženého procenta nákladovosti \* věkový index dané odbornosti.
- 6) Výplata bonusu bude realizována po vyhodnocení údajů dle písmena B. odstavců 1 až 5 v rámci celé Pojišťovny, a to do 30. 6. 2020.

### C. Získání akreditace MZ ČR

- 1) Poskytovateli, který doloží Pojišťovně získání akreditace MZ ČR k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, bude zvýšena základní sazba kapitačního paušálu o 1 Kč. Nárok na tuto bonifikaci vzniká v měsíci následujícím po měsíci, v němž Poskytovatel akreditaci získal. Poskytovatel je pro případné získání bonifikace za příslušné období roku 2019 povinen doložit získání akreditace Pojišťovně nejpozději do 31. 12. 2019. V případě, že získání akreditace bylo Poskytovatelem Pojišťovně doloženo v roce 2018 a akreditace platí po celý rok 2019, není ze strany Poskytovatele nutné akreditaci znovu Pojišťovně dokládat. V případě, že platnost akreditace Poskytovateli v roce 2019 skončila a novou akreditaci Poskytovatel nezíská, je Poskytovatel povinen tuto skutečnost Pojišťovně oznámit nejpozději do 8 dnů po skončení platnosti akreditace.
- 2) Akreditovaný Poskytovatel, u kterého probíhá praktické vzdělávání konkrétního školence v oboru všeobecné praktické lékařství bez dotace nebo na základě získání dotace MZ ČR na rezidenční místo, bude základní sazba kapitačního paušálu zvýšena o 4 Kč. Navýšení kapitační platby bude provedeno od následujícího měsíce po písemném oznámení Poskytovatele. Počet školenců/rezidentů u Poskytovatele nemá vliv na úroveň navýšení. V případě, kdy vzdělávání školence netrvá celý kalendářní měsíc, nepřísluší Poskytovateli za tento měsíc navýšení kapitační sazby. Poskytovatel je pro případné získání bonifikace za příslušné období roku 2019 povinen doložit Pojišťovně realizaci školení lékaře v rámci předatestační přípravy formou smlouvy uzavřené mezi Poskytovatelem a školencem nejpozději do 31. 12. 2019.

### Článek 3

#### Lékařská pohotovostní služba

- 1) Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství, který do 31. 3. 2020 předloží Pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001, účastní alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o  $K \times 35\,000$  Kč, kde K je koeficient poměru počtu pojištěnců Pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba. Hodnoty koeficientu K

pro Pojišťovnu v jednotlivých krajích jsou stanoveny v části A) bodu 2 přílohy č. 2 Vyhlášky MZ č. 201/2018 Sb.

- 2) Finanční vypořádání bude realizováno do 30. 6. 2020.

#### **Článek 4 Péče o chronické pacienty**

##### **A. Hypertenze**

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2019 dispenciarizuje pacienta (vykázán výkon 09532) s dg. I10\* - I15\*, náleží mu bonifikace ve výši 200 Kč/URČ, kde URČ je unikátní počet dispenciarizovaných pacientů Pojišťovny splňující dále definované podmínky (dále jen „bonifikovatelné RČ“).
- 2) Na bonifikovatelné RČ nesmí být v roce 2019:
  - a) vykázán výkon 09532 v rámci odb. 101 a 107 s dg. I10\* - I15\*,
  - b) vykázán výkon 09127 v rámci odb. 101 a 107 s dg. I10\* - I15\*,
  - c) vykázán výkon 17129 v rámci odb. 107 s dg. I10\* - I15\*,
  - d) provedena preskripce léčivého přípravku v odbornosti 101 a 107 s dg. I10\* - I15\* v rámci ATC skupiny C02 a C07 s výjimkou léčiv s omezením specializace předepisujícího lékaře (OME1) typu „KAR“, „INT“.
- 3) Podíl bonifikovatelných pojištěnců Pojišťovny, u kterých byly v roce 2019 v rámci odb. 101 a 107 s dg. I10\* - I15\* provedeny výkony: 11111, 11021, 11022, 11023, 17111, 17021, 17022, 17023 na celkovém počtu bonifikovatelných pojištěnců Pojišťovny u Poskytovatele nepřevyšší 20 %. Do podílu bonifikovatelných pojištěnců Pojišťovny nejsou zahrnuti ti pojištěnci, u kterých byly výkony uvedené ve větě první vykázány v souvislosti s poskytnutím lékařské pohotovostní služby (souběžné vykázání výkonu 09563, resp. 09545).

##### **B. Diabetes**

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2019 dispenciarizuje pacienta, na kterého byl vykázán výkon 09532 s dg. E11\*, náleží mu bonifikace ve výši 350 Kč/URČ, kde URČ je unikátní počet dispenciarizovaných pacientů Pojišťovny splňující dále definované podmínky (dále jen „bonifikovatelné RČ“).
- 2) Bonifikovatelným RČ se rozumí Pojištěnec Pojišťovny, který je u Poskytovatele registrován k 31. 12. 2019, a to minimálně po dobu 6 měsíců, a dále jsou na toto RČ v roce 2019 vykázány současně následující hrazené služby a to v rozsahu minimálně 1krát za rok: výkon 81449 nebo 01445, výkon 81499 a výkony 81471, 81473, 81527 a 81611.
- 3) Finanční vypořádání bonifikace za péči o chronické pacienty dle tohoto článku Dodatku bude realizováno do 30. 6. 2020.

#### **Článek 5 Způsob dorovnání kapitace**

- 1) Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců Pojišťovny než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností Pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.
- 2) Jednicovým registrovaným pojištěncem se rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby hrazených služeb. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.
- 3) Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný Poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě hrazených služeb podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství.
- 4) Poskytovateli, který poskytuje hrazené služby v místě, kde je možnost Pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb v oboru všeobecného praktického lékařství svým pojištěncům podstatně omezená a se kterým Pojišťovna v roce 2019 uzavřela Smlouvu na základě předchozího, ze strany zdravotních pojišťoven nejméně jednou neúspěšně vyhlášeného výběrového řízení, Pojišťovna navýší celkovou úhradu

za hrazené služby definované článkem 1, článkem 2 písm. A. a článkem 3 tohoto Dodatku pomocí koeficientu navýšení ve výši 1,3.

- 5) Finanční vypořádání dle odstavce 4 bude realizováno do 30. 6. 2020.

### **Článek 6 Regulační omezení**

Pojišťovna je oprávněna vůči Poskytovateli v rámci regulačních omezení postupovat dle části D) přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 201/2018 Sb.

### **Článek 7**

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Tunisko, Albánie, Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie), se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 1231/2010 a Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 465/2012 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.
- 2) Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí nebudou zahrnuty do regulačních omezení.
- 3) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

### **Článek 8**

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2019, ne však dříve než od data uvedeného v čl. XI odst. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 5) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 6) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s výjimkou Přílohy č. 1 s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 8) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí podepsaný Dodatek neprodleně zpět do Pojišťovny, nejpozději však do 30. 11. 2019. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

IČO Poskytovatele: .....

IČZ Poskytovatele: .....

Interní označení Poskytovatele: .....

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ POSKYTOVATELE  
K ROZSAHU POSKYTOVANÝCH HRAZENÝCH SLUŽEB POJIŠTĚNCŮM POJIŠŤOVNY**  
(Poskytovatel je povinen doložit příslušné doklady, že splňuje uvedenou podmínku, pokud tak již neučinil)

Proti údajům nahlášeným Pojišťovně v roce 2018 došlo k 1. 1. 2019 ke změnám:

ANO  NE

V případě, že proti roku 2018 došlo ke změnám, Poskytovatel zvolí a označí jednu z uvedených variant, u které došlo ke změně:

**Možnost objednání pacientů minimálně 2 dny v týdnu (údaj se vztahuje na IČZ):**

ANO  NE

Datum platnosti změny údaje: .....

**Ordinační doba alespoň 1 den v týdnu do 18 hodin (údaj se vztahuje na IČZ):**

ANO  NE

Datum platnosti změny údaje: .....

*Pokud lékař pracuje na více místech, stačí, aby měl ordinační dobu do 18 hodin jen na jednom z nich.  
Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se Pojišťovna s Poskytovatelem v souladu s článkem 1 Dodatku dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně.*

**Celkový počet ordinačních hodin v týdnu (údaj se vztahuje na IČZ):**

30 hodin  25 hodin  Jiné

Datum platnosti změny údaje: .....

*Přehled ordinačních hodin jednotlivých IČP oznamte pouze v případě, že došlo ke změnám oproti údajům nahlášeným v roce 2018.*

V ..... dne .....

.....  
Poskytovatel (podpis, razítko)