



«naz\_poskytovatel»  
«ulice»  
«psc» «obec»

## Dodatek č. Z/02/2019

### Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ 190 03  
jejímž jménem jedná na základě pověření generálního ředitele  
«preditel», ředitel/ka pobočky «pnazev»  
sídlo: «pobec», «pulice», PSČ «ppsc»  
telefon: «ptelefon», e-mail: «pemail», datová schránka: «pDatSchranka»  
IČO: 47114975  
(dále jen „Pojišťovna“)

a

### «naz\_poskytovatel»

jehož jménem jedná: .....  
se sídlem: «obec\_SZ», «ulice\_SZ», PSČ «psc\_SZ»  
IČO: «ICO», IČZ: «icz»  
(dále jen „Poskytovatel“)

uzavírají dodatek ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb č. «kodsml»  
(dále jen „Dodatek/Smlouva“) pro:

### **kombinovaná kapitačně výkonová platba u VPL – jiný způsob úhrady**

#### Článek I.

Shora označené smluvní strany se dohodly v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), a v souladu se zdravotně pojistným plánem Pojišťovny pro rok 2019 na jiném způsobu úhrady, než stanoví vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 (dále jen „Vyhláška“). Úhrada hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem v oboru **všeobecné praktické lékařství (VPL, odbornost 001)** pojištěncům Pojišťovny v období **od 1. 1. 2019 do 31. 12. 2019** (dále jen „hodnocené období“) bude provedena podle dále uvedených ujednání. Některá tato ujednání využívají ustanovení Vyhlášky jmenovitě. Referenčním obdobím se pro účely tohoto Dodatku rozumí rok 2017.

#### Článek II.

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou 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 bodu 10 části A přílohy č. 2 k Vyhlášce. Výkony zahrnuté do kapitační platby jsou stanoveny v bodu 3 části A přílohy č. 2 k Vyhlášce. Základní kapitační sazba se sjednává ve výši:
  - a) **56 Kč**, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
  - b) **50 Kč**, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin,

- c) **48 Kč** v ostatních případech.
2. Ke kapitační sazbě sjednané podle bodu 1 tohoto článku poskytne Pojišťovna příplatek ve výši:
- 0,60 Kč** v případě, že Poskytovatel nebo příslušná profesní organizace doloží do 31. 3. 2020, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu platného k 1. 1. 2019,
  - 0,50 Kč**, pokud Poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 40 do 80 let (40 let – 80 let a 364 dnů). Procentní podíl se stanoví z počtu pojištěnců Pojišťovny v daném věku, u kterých Pojišťovna uznala dané výkony vykázané Poskytovatelem v hodnoceném období, a počtu všech pojištěnců Pojišťovny v daném věku, registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2019,
  - 1 Kč**, pokud Poskytovatel předložil před rokem 2019 nebo předloží v průběhu roku 2019 Pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce následujícího po předložení rozhodnutí o udělení akreditace do konce platnosti akreditace, nejdéle však do 31. 12. 2019. Bylo-li ze strany Poskytovatele rozhodnutí o udělení akreditace předloženo již dříve a trvá jeho platnost, není nutné je posílat,
  - 6 Kč**, pokud Poskytovatel doloží, že školí lékaře v rámci vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce následujícího po předložení pracovní smlouvy se školencem a za splnění podmínky dané v předchozím bodě c). Tento příplatek bude uznán jen po dobu pobytu školence v ordinaci akreditovaného školitele. Počet školenců nemá vliv na úroveň navýšení,
  - 2 Kč**, pokud Poskytovatel předepsal v hodnoceném období menší objem antibiotik na přepočteného pojištěnce Pojišťovny, než činí celorepublikový průměr.
- V případě souběhu nároků na příplatky uvedené pod písmeny a) až e) se tyto po dobu platnosti nároků sčítají.
3. Poskytovateli, který do 31. 3. 2020 předloží Pojišťovně za hodnocené období potvrzení Poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001, účastnil 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. Spolu s potvrzením musí Poskytovatel předložit jmenný seznam lékařů, kterých se zvýšení úhrady týká, spolu s IČP a datem narození lékaře. Koeficient  $K$  je stanoven Vyhláškou.
4. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 01150, 01160, 01170 a 01180 se stanoví příplatek ve výši:
- 30 Kč** za výkon č. 01150,
  - 50 Kč** za výkon č. 01160,
  - 100 Kč** za výkon č. 01170,
  - 100 Kč** za výkon č. 01180.
5. Za každou Poskytovatelem vystavenou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě které dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, obdrží Poskytovatel úhradu ve výši **1,70 Kč**.
6. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 se stanoví úhrada podle § 18 Vyhlášky, maximální úhrada bude navýšena na základě odůvodněné žádosti Poskytovatele.
7. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby, hrazené podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,18 Kč** s výjimkou výkonů uvedených v bodu 6 a 7 části A Přílohy č. 2 k Vyhlášce, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši **1,20 Kč**, a výkonů dopravy v návštěvní službě, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši **0,90 Kč**.
8. Hodnota bodu uvedená v bodě 7 tohoto článku s výjimkou výkonů dopravy v návštěvní službě se za splnění následujících podmínek navýší o:
- 0,01 Kč** v případě, že Poskytovatel nebo příslušná profesní organizace doloží do 31. 3. 2020, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu platného k 1. 1. 2019,
  - 0,01 Kč** v případě, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.

9. Navýšení úhrady podle bodu 2 b), 2 e) a podle bodu 3, 4, 5, 8 tohoto článku Poskytovatel obdrží nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
10. Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapítace se sjednává podle části B přílohy č. 2 k Vyhlášce.
11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle části D přílohy č. 2 k Vyhlášce. Regulační omezení se nepoužijí, pokud Poskytovatel do 30 dnů od obdržení vyúčtování odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad.
12. Pojišťovna zohlední nárůst preskripce způsobený předepisováním léčivých přípravků, u kterých došlo v důsledku dohody mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou k úpravě indikačních omezení. Pojišťovna dále nebude uplatňovat regulační omezení v případě překročení limitu preskripce na inkontinenční pomůcky předepsané Poskytovatelem.
13. V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde v hodnoceném období k významnému nárůstu objemu poskytnutých nutných a neodkladných hrazených služeb proti referenčnímu období, může Pojišťovna po dohodě s Poskytovatelem na základě řádně doložené písemné žádosti tento nárůst částečně nebo plně zohlednit.
14. Hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období, byly Poskytovateli sděleny ve vyúčtování referenčního období. Tyto hodnoty mohou být Pojišťovnou upraveny podle nové skutečnosti v případech, kdy bude Poskytovateli uznána nová péče nebo bude na základě revize část péče odmítnuta. Při výpočtu vyúčtování budou použity hodnoty platné ke dni výpočtu vyúčtování.
15. Do referenčního období budou zahrnuty dávky zaslané Poskytovatelem do 31. 3. 2018 a Pojišťovnou uznané do 31. 5. 2018. Do hodnoceného období budou zahrnuty dávky zaslané Poskytovatelem do 31. 3. 2020 a Pojišťovnou uznané do 31. 5. 2020. Referenční hodnoty mohou být Pojišťovnou upraveny v případech, kdy došlo ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb nebo byla na základě kontrolní činnosti Pojišťovny část vykázaných hrazených služeb odmítnuta. Při výpočtu vyúčtování budou použity hodnoty platné ke dni výpočtu.
16. Vyúčtování úhrady hrazených služeb za hodnocené období bude Pojišťovnou vyhotoveno do 150 dnů po skončení hodnoceného období. 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.

#### **Článek III.**

1. Do Příloh č. 2 ke Smlouvě v odbornosti 001 všeobecné praktické lékařství se k 1. 1. 2019 doplňují výkony č.:

- 01186 převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče praktického lékaře,
- 01188 následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním,
- 15118 management kolorektálního screeningu,
- 15120 stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem v rámci screeningu kolorektálního karcinomu – nález negativní,
- 15121 stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem v rámci screeningu kolorektálního karcinomu – nález pozitivní.

2. Výkon č. 15118 (preanalytická a postanalytická část screeningu) lze vykázat až v okamžiku znalosti výsledku vyšetření a seznámení pacienta s ním (výkon č. 15120, 15121).

#### **Článek IV.**

1. Poskytovatel předkládá Pojišťovně v souladu se Smlouvou fakturu za hrazené služby poskytnuté jejím pojištěncům. K faktuře připojí řádné vyúčtování hrazených služeb poskytnutých v účetním období, k němuž se faktura vztahuje, doložené příslušnými dávkami dokladů. Pokud Poskytovatel vykazuje pod jedním IČZ hrazené služby poskytované v různých segmentech, vykáže hrazené služby poskytované podle Dodatku samostatnou dávkou dokladů.
2. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2019 budou vykazovány samostatnou dávkou a samostatnou fakturou. Pro jejich úhradu platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly poskytnuty.

#### **Článek V.**

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou s dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny podle Vyhlášky.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec podle § 1 Vyhlášky.

#### **Článek VI.**

1. Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.

2. Způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení sjednané v Dodatku se použijí pro období od 1. 1. 2019 do 31. 12. 2019.
3. Smluvní strany výslovně prohlašují, že Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním Dodatku, v období od 1. 1. 2019 do podpisu Dodatku a že na takovém základě uznávají Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období.
4. Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem na Centrální úložiště smluv, Banskobystrická 40, Brno. V případě pochybností je rozhodující datum uvedené na podacím razítku Pojišťovny. Pokud Poskytovatel Dodatek nedoručí **do 30. 6. 2019**, platnost návrhu na uzavření Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká. V takovém případě bude úhrada za hrazené služby v hodnoceném období provedena podle Vyhlášky. Smluvní strany v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb. vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
5. Poskytovatel bere na vědomí, že Pojišťovna zveřejní tento Dodatek podle Zákona.
6. Nedílnou součástí Dodatku je Příloha č. 1 s parametry, které budou použity pro výpočet úhrady.
7. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

**Pokud souhlasíte, doručte jedno Vámi podepsané vyhotovení Dodatku na adresu: VoZP ČR, Centrální úložiště smluv, Banskobystrická 40, Brno, 621 00. Druhé Vámi podepsané vyhotovení si ponechte.**

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek je uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

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

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

.....  
razítko a podpis **Poskytovatele**

.....  
razítko a podpis **Pojišťovny**

## Příloha č. 1

**Ke kontrole** (pokud údaje nesouhlasí, kontaktujte prosím svoji místně příslušnou pobočku VoZP — viz záhlaví Dodatku):

Parametr pro výpočet úhrady	ANO	NE
Ordinační doba min. 30 hod/týden, 5 dnů/týden, min. 1x do 18:00, 2x týdně možnost objednání		
Ordinační doba min. 25 hod/týden, 5 dnů/týden, min. 1x do 18:00		
Nejméně 50 % lékařů je držitelem platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. 1. 2019		

**K vyplnění** (platnou odpověď označte křížkem):

Doplňující informace	ANO	NE
Poskytovatel přijímá do péče nové pojištěnce.		