

**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**

IČO: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zastoupená: **Ing. Radovanem Kouřilem
generálním ředitelem**se sídlem: **Roškotova 1225/1
140 00 Praha 4**Zapsaná: v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze
sp. zn. A 7232Bankovní spojení: Česká národní banka,
č.ú.: 2070101041/0710

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné

a

Adresat

Radek1

Radek2

Radek3

Radek4

Poskytovatel zdravotních služeb²⁾ : Nazev**IČO: ICO**specifikace¹⁾: **Vars****IČZ: iczHlavni****Sídlo:** PZSRadek1

PZSRadek2

PZSRadek3

PZSRadek4

Zástupce: StatutarTitulPred StatutarJmeno StatutarPrijmeni StatutarTitulZa StatutarFunkce

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé

uzavírají po dohodě tento

Úhradový dodatek UhdTypNazev

(dále jen „Dodatek“)

I.

1. Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše **úhrady specializovaných ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce Rok Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie, pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast zdravotní péče.

II.

1. Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby** poskytované pojištěncům v roce Rok Poskytovatelem, vykázané dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), budou **hrazeny podle Přílohy č. 3 vyhlášky č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026** (dále jen „Vyhláška“) a dále dle § 18 Vyhlášky.
/*[local-name() = 'PrilohaB'] = '1'*/
2. Smluvní strany se dohodly, že **zdravotní služby specifikované v Příloze B Dodatku**, která je jeho nedílnou součástí, budou hrazeny ve výši a způsobem popsaným v Příloze B Dodatku, přičemž úhrada za tyto služby nepodléhá regulaci maximální výše úhrady dle Přílohy č. 3, části A), odst. 3 Vyhlášky ve znění doplněném tímto Dodatkem. Úhrada za zdravotní služby specifikované v Příloze B Dodatku je bude omezena smluvně sjednanou maximální úhradou ve výši

Klikněte nebo klepněte sem a zadejte text. Kč. Smluvní strany se výslovně dohodly, že nad rámec maximální úhrady dle předchozí věty již Poskytovateli vůči Zdravotní pojišťovně nevznikne nárok na úhradu těchto specifikovaných služeb dle Přílohy B Dodatku.

/**[local-name() = 'centra'] = '1'

3. S odkazem na ustanovení čl. III. Zvláštní smlouvy o poskytování a úhradě léčivých přípravků předepisovaných ve specializovaných pracovištích, uzavřené mezi smluvními stranami dříve v návaznosti na Smlouvu, se smluvní strany dohodly, že zvlášť účtované léčivé přípravky (dále také jen „ZÚLP“), označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., předepisované na specializovaném pracovišti (dále jen „centrové léky“) budou omezeny smluvně sjednanou maximální úhradou ve výši „analytici doplní ze systému“ Kč. Do limitu v předchozí větě se nezapočítávají ZÚLP označené symbolem „S“ poskytnuté pojištěncům do dovršení 18 let věku. Úhrada za centrové léky nevstupuje do výpočtu hodnoty PURO. Smluvní strany se výslovně dohodly, že nad rámec maximální úhrady dle předchozí věty již Poskytovateli vůči Zdravotní pojišťovně nevznikne nárok na úhradu centrových léků.
4. Smluvní strany se dohodly, že regulační omezení budou uplatňována dle podmínek a způsobem stanoveným pro ambulantní specializované hrazené služby podle příslušných ustanovení části B) Přílohy č. 3 Vyhlášky, přičemž regulace budou uplatněny bez rozlišení na jednotlivé odbornosti.

/**[local-name() = 'VariantaÚhradyKod'] = 6

5. Zdravotní služby vykázané Poskytovatelem budou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 108 % úhrady z referenčního období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna dále zahrme změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vykáže menší objem poskytnutých zdravotních služeb, než jaký odpovídá výši maximální měsíční předběžné úhrady, bude Poskytovateli v daném měsíci zapláceno výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Poskytovatel v dalším měsíci vykáže vyšší objem poskytnutých zdravotních služeb, bude výše maximální měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

Maximální měsíční předběžná úhrada pro rok Rok

MaxZaloha Kč

/ Pokud není vyplněna hodnota, bude Poskytovateli předběžně hrazeno výkonově podle Seznamu zdravotních výkonů s hodnotami bodu*

uvedenými v Příloze č. 3 Vyhlášky.

/**[local-name() = 'VariantaÚhradyKod'] = 3

6. Smluvní strany se dohodly, že nad rámec smluvně sjednaných úhrad bude Poskytovateli v rámci finančního vyrovnání uhrazeno:

- **200 Kč za každé ošetření pacienta s poruchou autistického spektra** Poskytovatelem v **klinické odbornosti a v** odbornosti 903 klinická logopedie, a to v případě, že na pojištěnce bude Poskytovatelem vykázan kód klinického vyšetření a současně bude na pacienta vykázan jeho registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství (dále jen „VPL“) kdykoli v minulosti výkon č. 02241 – Signální kód edukace pacienta a pečující osoby pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost a VPL v souvislosti s předáním průkazu osoby s PAS na základě diagnózy PAS.

/**[local-name() = 'Odblek'] = 1) and (/**[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '107')

- **za včasné přijetí pacienta po propuštění z hospitalizace s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa** (odbornost 107 kardiologie) ve výši 400,- Kč; 300,- Kč za využití telemedicínského přístupu v rámci dispenzární péče o tohoto pacienta a 300,- Kč, resp. 200,- Kč za kvalitu poskytnuté dispenzární péče u všech pacientů s daným onemocněním za podmínky, že tento pacient takto převzatý do dispenzární péče nebude následně pro dané onemocnění v roce 2026 již hospitalizován. Vykazování předmětné péče je podmíněno dodržením podmínek Přílohy K Dodatku – Bonifikační program pro ambulantní kardiology za kompenzaci pacientů se srdečním selháním.

/**[local-name() = 'Odblek'] = 1) and (/**[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = 108) or (/**[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '128'))

- **bonifikace dle Přílohy C Dodatku „Úhrada za včasné zařazení pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny“.** Úhrada bude poskytnuta v případě, že budou naplněny podmínky pro úhradu uvedené v Příloze C a bude vykázan příslušný signální kód pro úhradu.

/**[local-name() = 'Odblek'] = 1) and (/**[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = 901) or (/**[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '903'))

- Poskytovateli v odb. 901 klinická psychologie a 903 klinická logopedie náleží bonifikace dle Přílohy č. 2 tohoto Dodatku v návaznosti na **hodnocení kvality Poskytovatelem provedených zdravotních služeb ze strany pojištěnců.**

7. Smluvní strany se dohodly, že za specializované ambulantní zdravotní služby poskytnuté v roce Rok se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté Poskytovatelem pojištěncům v období od PlatnostOd do 31. 12. Rok, které Poskytovatel vykáže do 28. 2. RokPřistí.

8. V návaznosti na termíny pro vykázaní zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady dle předchozích ustanovení za rok Rok nejpozději do 150 dnů po skončení roku Rok s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem. V případě nesouhlasu s vyúčtováním může Poskytovatel vznést námitky nejpozději do 30 dnů po obdržení finančního vyrovnání.

9. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude zasílat Zdravotní pojišťovnu stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tato povinnost ze strany Poskytovatele splněna, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.

10. V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde k nárůstu poskytnutých hrazených služeb proti referenčnímu období z hlediska jejich celkového objemu nebo v průměru na jednoho ošetřeného pojištěnce, může Poskytovatel požádat Zdravotní pojišťovnu o navýšení úhrady. Žádost musí být písemná a musí obsahovat konkrétní objektivní důvody požadovaného navýšení úhrady. Zdravotní pojišťovna posoudí relevanci Poskytovatelem uvedených důvodů a uzná-li jeho žádost jako důvodnou, může nárůst poskytnutých hrazených služeb částečně nebo plně zohlednit a odpovídajícím způsobem následně upravit výslednou celkovou výši úhrady vypočtenou dle příslušných odstavců tohoto článku.

III.

1. Smlouvou ve smyslu tohoto Dodatku je dříve uzavřená příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“).
2. Poměry, které nejsou výslovně upraveny tímto Dodatkem, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy.
3. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí platné Smlouvy.
4. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
5. Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek a zejména způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v tomto Dodatku, se použijí pro období od PlatnostOd do PlatnostDo.
6. Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejích příloh, změn a všech dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb, bude zveřejněna na základě zákonem uložené povinnosti Zdravotní pojišťovny.
7. Smluvní strany se dohodly, že v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním.
8. Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované v souvislosti s plněním Smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poštu, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.
9. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
10. Smluvní strany stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí, když jednotlivá ustanovení Dodatku jsou výsledkem vzájemné dohody smluvních stran.
11. Za Pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.

V dne V dne
 /*[local-name() = 'UsekZzKod'] !=

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele

(/*[local-name() = 'Odblek'] = '1') and ((/*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '108') or (/*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '128'))

Příloha C - Úhrada za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny

1. Smluvní strany se dohodly, že pro níže stanovené hrazené zdravotní služby a v souladu s Dodatkem se stanovuje úhrada nad rámec smluvně sjednaných úhrad ve výši:

| Signální kód | Výkon / Podmínky úhrady | Popis | Výše úhrady (Kč) |
|--------------|--|--|------------------|
| 76661 | <u>Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu</u> Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128 Výkon nesmí být na jednoho pojištěnce vykázán opakovaně (jedná se o primovyšetření) Omezení frekvence: 1x za život | Výkon signalizuje zahájení vyšetřování pacienta s chronických renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledviny, který je již dialyzovaný (pravidelná péče prostřednictvím dialyzačních nebo hemoelimitačních metod nebo peritoneální dialýzy). | 3 000,- |
| 76662 | <u>Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu</u> Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128 U pacienta nebyl v době před provedením výkonu vykázán žádný z výkonů hemodialyzační péče Výkon nesmí být na jednoho pojištěnce vykázán opakovaně (jedná se o primovyšetření) Omezení frekvence: 1x za život | Výkon signalizuje zahájení vyšetřování pacienta s chronickým renálním selháním, u kterého progresse onemocnění předpokládá zahájení dialyzační léčby nejpozději do jednoho roku od zahájení vyšetřování. | 4 500,- |
| 76663 | <u>Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu</u> Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128 U pacienta byl vykázán signální kód 76661. Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon 51902 v kombinaci se signálním kódem 76665 nebo 76666. Omezení frekvence: 1x za život | Výkon signalizuje ukončení procesu vyšetřování vhodnosti pacienta, který byl již zařazen do dialyzačního programu, a vykazuje jej Poskytovatel, který indikoval pacienta k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení/nezařazení pacienta na čekací listinu. | 7 000,- |
| 76664 | <u>Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu</u> Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128 U pacienta byl vykázán signální kód 76662. Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon 51902 v kombinaci se signálním kódem 76665 nebo 76666. Omezení frekvence: 1x za život | Výkon signalizuje ukončení procesu vyšetřování vhodnosti pacienta, který je u Poskytovatele v predialyzační péči nebo u něhož bylo zahájeno vyšetřování v době, kde byl v predialyzační péči (tj. byl vykázán výkon 76662). Výkon je vykázován Poskytovatelem, který indikoval pacienta k vyšetření, poté, co tento obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení /nezařazení pacienta na čekací listinu. | 10 500,- |
| 76667 | <u>Vyšetření žijícího dárce ledviny</u> Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128 nebo transplantační centra v případě, že indikují vhodného dárce ledviny. | Výkon se vykazuje při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny. Výkon se vykazuje na číslo pojištěnce, který je příjemcem orgánu. | 20 000,- |

2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených zdravotních služeb uvedených v odst. 1 výše:
- Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantační společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.
 - Hrazené zdravotní služby uvedené v bodě 1 nejsou hrazeny v případě Zahraničních pojištěnců.
 - Hrazené zdravotní služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří jsou již dle získaných anamnestických dat nevhodnými kandidáty k transplantaci ledviny. V žádném případě nesmí být výkony vykázány na pacienty, u kterých je zaznamenána některá z níže uvedených klíčových kontraindikací k transplantaci ledviny:
 - předpokládaná doba přežití nemocného je menší než jeden rok,
 - reverzibilní renální selhání,
 - jaterní cirhóza (Child-Pugh skóre je B-C),
 - přítomnost chronických infekcí (nevléčitelná tuberkulóza, AIDS, HIV infekce s výjimkou nemocných s negativní virémií, nevléčitelná (replikující) HBV či HCV),
 - pokročilá CHOPN, zejména se závislostí na kyslíku,
 - pokročilé chronické srdeční selhání s EF (ejekční frakce) < 20%, závažné neřešitelné postižení koronárních tepen,
 - (medikamentózně) nekontrolovatelné psychiatrické onemocnění,

8. aktivní abúzus,
 9. nedostatek kognitivní kapacity k činění zodpovědných rozhodnutí,
 10. pokročilá obliterativní choroba periférních cév,
 11. morbidní obezita (obvykle BMI > 40kg/m²),
 12. nevyлéčené maligní onemocnění,
 13. prokazatelné non-compliance nemocného s léčebným režimem/medikací.
- d) Výkony budou vykazovány pouze na dokladu 01.
 - e) Výkony budou prováděny a vykazovány dle výše uvedeného schématu.
 - f) Pokud dojde u pojištěnce v průběhu vyšetřování ke změně dialyzačního střediska nebo ošetřujícího lékaře v odbornosti 108 (tj. jeden poskytovatel zahájil vyšetřování a vykázal výkon 76661 nebo 76662), předá dokumentaci druhému poskytovateli a ten si vykáže výkon ukončení vyšetřování (tj. výkon 76663, nebo 76664).

3. Účastníci programu

- a) Do programu jsou zapojeni smluvní Poskytovatelé v odbornostech 108 nebo 128
- b) Do programu jsou zapojena tato transplantační centra, která provádějí transplantace ledviny:
 1. Institut klinické a experimentální medicíny Praha
 2. Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Brno
 3. Fakultní nemocnice Plzeň
 4. Fakultní nemocnice Hradec Králové
 5. Fakultní nemocnice Ostrava
 6. Fakultní nemocnice Olomouc

(//*[local-name() = 'Odblek'] = '1') and (//*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '107')

Příloha K - Bonifikační program pro amb. kardiology za kompenzaci pacientů se srdečním selháním

Obecné podmínky pro vstup do programu

- Pojištěnec není pro danou dg. (I 50.x) v dispenzární péči u jiného poskytovatele;
- Poskytovatel má uzavřenu se Zdravotní pojišťovnou Smlouvu o poskytování a úhradě hrazené péče pro odbornost 107 – kardiologie;
- Poskytovatel má se Zdravotní pojišťovnou uzavřen a podepsán základní úhradový dodatek na období, k němuž se vztahuje hodnocené období pro tento bonifikační program;
- Poskytovatel daného pojištěnce dispenzarizuje/bude dispenzarizovat pro dg. srdečního selhání (I 50.x);
- Poskytovatel provádí dispenzární péči v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči
- Poskytovatel vykazuje poskytnutou péči pojišťovně k úhradě v souladu s výkony uvedenými vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, event. zařazenými v externím číselníku výkonů, a to v souladu s platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů;
- Poskytovatel má v rozsahu péče nasmlouvány mj. i dále uvedené výkony; pokud nikoli, požádá Zdravotní pojišťovnu o jejich dosmlouvání a výkony mu budou do rozsahu péče doplněny:
 - *Komplexní vyšetření kardiologem (17021)*
 - *Cílené vyšetření kardiologem (17022)*
 - *Kontrolní vyšetření kardiologem (17023)*
 - *Výkon prohlídky dispenzarizované osoby (09532)*
 - *EKG vyšetření specialistou (17111)/EKG vyšetření (09127)*
 - *Specializované echokardiologické vyšetření (17261)/Vysoce specializované echokardiologické vyšetření (17271)*
 - *Telemedicína – videokonzultace vzdáleným přístupem (09821)/Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem (09513)*
 - v případě, že Poskytovatel doloží příslušné přístrojové vybavení, může požádat o nasmlouvání výkonu *Stanovení pro BNP v ordinaci (01148)*.

Cíle programu:

- zlepšení kvality života pacientů s dg. I 50.x;
- včasné převzetí pacienta po propuštění z hospitalizace pro nově zjištěné onemocnění s dg. I 50.x do dispenzární péče ambulantního kardiologa;
- zlepšení kvality poskytované péče o pacienty s danou dg. a zajištění jejich kompenzace;
- zlepšení spolupráce pacienta s ošetřujícím lékařem při dodržování léčebných a režimových opatření;
- snížení rizika vzniku dalších komplikací daného onemocnění;
- snížení nákladů na léčbu komplikací souvisejících s daným onemocněním, včetně omezení hospitalizací pacientů s danou dg. z důvodu jejich dekompenzace.

Program je založen na hodnocení 3 následujících pilířů:

- včasné přijetí pacienta po propuštění z hospitalizace s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa do 2 týdnů po dimisi;
- vyhodnocení kvality poskytované dispenzární péče u všech pacientů s daným onemocněním;
- sledování pacienta s daným onemocněním s využitím telemedicínského přístupu.

Hodnocené období:

1 rok (kalendářní)

Vyhodnocení programu:

1. pilíř: včasné přijetí pacienta po propuštění z hospitalizace s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa
 - za každého nově dg. pacienta propuštěného z hospitalizace a přijatého do dispenzární péče ambulantním kardiologem v hodnoceném období do 2 týdnů po dimisi obdrží Poskytovatel částku 400 Kč.
2. pilíř: kvalita poskytované dispenzární péče u všech pacientů s daným onemocněním
 - za každého pacienta, u kterého bude evidováno, že mu byly alespoň 1x za hodnocené období provedeny následující výkony, obdrží Poskytovatel částku 300 Kč;
 - v případě pacientů, kteří absolvují první návštěvu kardiologa ve 2. polovině hodnoceného období a Poskytovatel stačí naplnit z časových důvodů celý pouze 1. pilíř, přičemž 2. pilíř bude neúplný, ale bude provedeno alespoň klinické vyšetření a EKG, bude Poskytovateli vyplacena za tento pilíř zohledňující částka 200 Kč.
3. pilíř: využití telemedicínského přístupu
 - za každého pacienta, u kterého bude evidováno provedení distanční péče vykázané následujícími výkony, obdrží Poskytovatel částku 300 Kč;
 - vyhodnocení bude provedeno ze strany Zdravotní pojišťovny bez nutnosti jakékoli další aktivity Poskytovatele;
 - každý z uvedených pilířů bude vyhodnocen samostatně a Poskytovateli bude výsledná dosažená částka oznámena a následně vyplacena po skončení hodnoceného období v rámci finančního vyrovnání;
 - podmínkou vyplacení částky za konkrétního pacienta je, že pacient v hodnoceném období nebude hospitalizován pro dg. I50.x;

- v případě zapojení Poskytovatele do programu neuplatní Zdravotní pojišťovna za hodnocené období vůči tomuto Poskytovateli regulační srážku za preskripci LP.

Metodika programu:

1. pilíř: včasné přijetí pacienta po propuštění z hospitalizace s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa

- 1) Na pacienta s prvně stanovenou dg. srdečního selhání při hospitalizaci bude do 2 týdnů po dimisi provedeno ambulantním kardiologem:
 - vykázání dg. pojištěnce dg. I50.x
 - Komplexní vyšetření kardiologem (17021) v případě pacienta u Poskytovatele v minulosti nikdy neléčeného pro jinou dg.
 - nebo
 - Cílené vyšetření kardiologem (17022) v případě pacienta již léčeného u Poskytovatele pro jinou dg.
 - nebo
 - Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem (09513) = tímto výkonem se signalizuje kontakt/objednání pacienta k ambulantnímu kardiologovi a nejpозději do 2 týdnů po tomto výkonu bude vykázáno klinické vyšetření (17021 nebo 17022).
- 2) Pacientovi bude předepsán alespoň jeden z uvedených LP:
 - inhibitory ACE (Captopril C09AA01, Enalapril C09AA02, Lisinopril C09AA03, Ramipril C09AA05, Trandolapril C09AA10)
 - ARNI (Sacubitril/valsartan C09DX04)
 - beta-blokátory (Bisoprolol C07AB07, Carvediol C07AG02, Metoprolo sukcinát C07AB02, Nebivolol C07AB12)
 - MRA (Eplerenon C03DA04, Spironolacton C03DA01, Kerendia C03DA05)
 - Inhibitory SLGT2 (Dapagliflozin AIOBK01, Empagliflozin AIOBK03)
 - další přípravky (Candesartan, Losartan, Valsartan, Ivabradin, Vericiguat, Digoxin, Hydralazin/izosorbid dinitrát)
 - různé (karboxymaltóza, derizomaltóza)

2. pilíř: kvalita poskytované dispenzární péče u všech pacientů s daným onemocněním

- 1) Poskytovatel provede v průběhu hodnoceného období 1 roku na daného pojištěnce s dg. I50.x alespoň 1x ročně:
 - Cílené vyšetření kardiologem (17022)
nebo
Kontrolní vyšetření kardiologem (17023)
 - Výkon prohlídky dispenzarizované osoby (09532)
 - Stanovení natriuretických peptidů v séru a v plazmě (laboratorní výkon odb. 801 = 81731); lze i formou POCT metody v ordinaci = Stanovení pro BNP v ordinaci (01148)
 - EKG vyšetření specialistou (17111)
nebo
EKG vyšetření (09127)
 - Specializované echokardiologické vyšetření (17261)
nebo
Vysoce specializované echokardiologické vyšetření (17271)
- 2) Pacient medikuje nadále alespoň jeden z uvedených LP:
 - inhibitory ACE (Captopril C09AA01, Enalapril C09AA02, Lisinopril C09AA03, Ramipril C09AA05, Trandolapril C09AA10)
 - ARNI (Sacubitril/valsartan C09DX04)
 - beta-blokátory (Bisoprolol C07AB07, Carvediol C07AG02, Metoprolo sukcinát C07AB02, Nebivolol C07AB12)
 - MRA (Eplerenon C03DA04, Spironolacton C03DA01, Kerendia C03DA05)
 - Inhibitory SLGT2 (Dapagliflozin AIOBK01, Empagliflozin AIOBK03)
 - další přípravky (Candesartan, Losartan, Valsartan, Ivabradin, Vericiguat, Digoxin, Hydralazin/izosorbid dinitrát)
 - různé (karboxymaltóza, derizomaltóza)

3. pilíř: využití telemedicínského přístupu

- 1) Na základě on line předané žádanky pacientovi pro provedení vyšetření:
 - Stanovení natriuretických peptidů v séru a v plazmě (81731)
nebo
Stanovení pro BNP v ordinaci (01148)
- 2) Po obdržení výsledků bude Poskytovatel iniciovat distanční kontakt s pacientem, který vykáže výkonem:
 - Telemedicína – videokonzultace vzdáleným přístupem (09821)
nebo
Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem (09513)

(/*[local-name() = 'Odblek'] = '1') and (/*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '901') or (/*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '903'))

Popis:

Zdravotní péče je v širším kontextu chápána jako služba, která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje tak, aby spolehlivě uspokojily potřeby v oblasti prevence a péče těch nejpotřebnějších, a to bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků odborné úrovně.

Jedním z pohledů na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb je hodnocení spokojenosti samotných pacientů – vnímání kvality zdravotní služby pacientem vč. plnění jeho potřeb a přání. Pacient vnímá a hodnotí zejména chování a jednání zdravotnických pracovníků, zda byl ošetřován s úctou a ohledem, a dále hodnotí plánování a kontinuitu poskytované péče, dostatek informací a způsob komunikace. Jeho pohled je pro zdravotní pojišťovnu nezbytným parametrem v měření kvality péče, a proto Zdravotní pojišťovna v roce 2025 pokračuje v realizaci programu bonifikace pro ambulantní poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu poskytnuté péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem.

Jedná se o ohodnocení kvality poskytnuté péče formou rozdělování bodů z přiděleného bodového rozpočtu mezi pojištěncem navštívené ambulantní poskytovatele s využitím platformy elektronické komunikace VITAKARTA (nebo její mobilní verzi mVITAKARTA) při respektování dále uvedených zásad.

I. Poskytovatelé zdravotních služeb zařazení do hodnocení pojištěnci

1. Zdravotní pojišťovna a Poskytovatel si dodatkem ke smlouvě sjednali možnost výplaty bonifikace v návaznosti na hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb Poskytovatelem ze strany pojištěnců (dále jen „program hodnocení kvality pojištěnci“).
2. Program hodnocení kvality pojištěnci je realizován formou rozdělování bodů z přiděleného bodového rozpočtu mezi pojištěncem navštívené poskytovatele s využitím platformy elektronické komunikace VITAKARTA (nebo její mobilní verzi mVITAKARTA) a při respektování dále uvedených pravidel.
3. Do programu hodnocení kvality pojištěnci je zařazen poskytovatel zdravotních služeb, který uzavřel se Zdravotní pojišťovnou dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb, jehož přílohu tvoří tato pravidla (dále jen „zařazený PZS“).

II. Pravidla programu hodnocení kvality pojištěnci

1. Pojištěnec má založenou identitu a aktivně používá VITAKARTU.
2. Pojištěnec čerpá u zařazeného PZS hrazenou zdravotní službu, v případě poskytovatelů primární péče je jeho registrovaným pacientem.
3. Pojištěnec provede prostřednictvím VITAKARTY kontrolu svého výpisu „Přehledu uhrazené péče“ a v případě, že péči vykázanou zařazeným PZS odsouhlasí, bude mít možnost tomuto zařazenému PZS přidělit body ze svého bodového rozpočtu.
4. Každému pojištěnci bude prostřednictvím VITAKARTY přiděleno k 1. 3. daného roku (dále jen „hodnocené období“) určité množství bodů (tzv. bodový rozpočet) k rozdělení mezi jím navštívené zařazené PZS v hodnoceném období. Bodový rozpočet je vázán na zdravotní službu poskytnutou v hodnoceném období – nelze ho převádět na jiné období.
5. Počet zařazených PZS jimž pojištěnec může přidělit určité množství bodů, není limitován, zároveň je však možnost přidělit celý bodový rozpočet pouze jednomu zařazenému PZS.

III. Výplata bonifikace

1. Po uplynutí 1. pololetí hodnoceného období obdrží zařazení PZS, jimž byl přidělen alespoň jeden bod, průběžnou informaci o dosavadním výsledku hodnocení pojištěnci.
2. Po skončení hodnoceného období stanoví pojišťovna na základě celkového počtu přidělených bodů (PB) a celkové částky ($CČ$) určené na tento bonifikační program hodnotu bodu (HB): $HB = \min\left(\frac{CČ}{PB}; HB_{max}\right)$
3. Pro výplatu bonifikace z programu hodnocení kvality pojištěnci jednotlivým zařazeným PZS se bude výsledná částka v Kč rovnat součtu bodů vynásobeného stanovenou hodnotou bodu.
4. Vyplacení bonifikace bude realizováno za celé hodnocené období, a to nejpozději k datu provedení finančního vyrovnání.
5. Zařazený PZS zároveň obdrží souhrnnou informaci o jeho celkovém hodnocení pojištěnci, včetně výpočtu bonifikace. Tato informace bude obsahovat alespoň počet pojištěnců, kteří danému zařazenému PZS přidělili body, celkový počet přidělených bodů danému zařazenému PZS, celkový počet bodů přidělený všem zařazeným PZS za celé hodnocené období a výpočet bonifikace.