

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

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**
generální ředitel

se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 21 Praha 4

zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze spis. zn. A 7232

Bankovní spojení: Česká národní banka., ú. č.: 2070101041/0710

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné
a

Kontaktní adresa:

Poskytovatel₂:

IČO:	specifikace ₁) :	IČZ₃:
Sídlo:		IČP₃:
		PSC:
Zástupce:		

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé
uzavírají po dohodě tento

DODATEK A-LIM 2022

(dále jen „Dodatek“)

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **specializovaných ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce 2022 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 (dále jen „Zahraniční pojištěnec“).
- Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotních služeb poskytnutých Zahraničním pojištěncům podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 6, z května 2010.
- V návaznosti na článek I. odst. 2 tohoto Dodatku se Poskytovatel zavazuje, že vykáže zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům v souladu s uvedeným metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR, a to samostatnou fakturou a dávkou. Přílohou vyúčtování musí být vyplněné „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ s tím, že „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ není nutné dokládat v případě, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

- Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2022 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** úhradou za poskytnuté výkony, za zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZULP“) a zvlášť účtovaný zdravotnický materiál (dále jen „ZÚM“) s **hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč/bod**.
Pro ocenění výkonů č. 75347, 75348 a 75427 bude použita hodnota bodu 0,80 Kč/bod, přičemž úhrada za výkony č. 75347, 75348 a 75427 nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle odst.3 tohoto článku.
Pro ocenění výkonů č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 bude použita hodnota bodu 0,79 Kč/bod a pro výkony č. 43652 a 43653 bude použita hodnota bodu 1,14 Kč/bod, přičemž úhrada za výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, 43652 a 43653 nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 3 tohoto článku.
Pro ocenění výkonu č. 71112 bude použita hodnota bodu 1,05 Kč/bod, přičemž úhrada za výkon č. 71112 nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 3 tohoto článku.

Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služby specifikované v Příloze B tohoto Dodatku, která je jeho nedílnou součástí, budou hrazeny ve výši a způsobem popsaným v této Příloze, přičemž na tyto služby se nevztahuje navýšení podle článku II., odst. 2 tohoto Dodatku a nebudou započteny do celkové výše úhrady dle článku II., odst. 3 tohoto Dodatku.

- Hodnota bodu uvedená v odst. 1 tohoto článku se dále při splnění následujících podmínek **navýší o**:
 - 0,04 Kč** v případě, že Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2022, že nejméně 50% lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny, tj. působí jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2022; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí Zdravotní pojišťovně nový doklad o celoživotním vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů;
 - 0,04 Kč** pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u 50% pracovišť Poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje **po celé hodnocené období** hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin týdně rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605,

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Jméno Poskytovatele dle údajů v obchodním rejstříku, živnostenském rejstříku, event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená Poskytovateli uveďte ve zvláštní příloze

606, 701 a 704 až 707 podle Seznamu zdravotních výkonů (dále jen „operační obory“), přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jeden nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek;

- c) **0,02 Kč** pro danou odbornost v případě, že v roce 2022 Poskytovatel ošetří alespoň 5% pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10% pojištěnců, u nichž v období od 1.1.2019 do 31.12.2021 nevykázal Zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. **Informaci o využívání objednávkového systému Poskytovatel doloží čestným prohlášením Zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. prosince 2022.**

3. Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2022 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,08 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo,$$

kde

POPzpoZ je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZÚM a ZÚLP na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů. Hodnota PUROo se stanoví následovně:

$$PUROo = ((PB_{PREPROo} \times HB_{ROo}) + ZUM_{ROo} + ZÚLP_{ROo}) / POP_{ROo}, \text{ kde}$$

PB_{PREPROo} je celkový počet bodů za Poskytovatelem vykázané a Zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období přepočtené podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1.1.2022

HB_{ROo} je hodnota bodu Poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období stanovená následovně:

$$HB_{ROo} = (UHR_{ROo} - ZUM_{ROo} - ZÚLP_{ROo}) / PB_{ROo}, \text{ přičemž}$$

Pokud $HB_{ROo} < 1$, pak $HB_{ROo} = 1$.

UHR_{ROo} je celková výše úhrady Poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období

PB_{ROo} je celkový počet bodů za Poskytovatelem vykázané a Zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období přepočtené podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném v referenčním období

ZUM_{ROo} je úhrada za ZÚM v dané odbornosti v referenčním období

ZÚLP_{ROo} je úhrada za ZÚLP v dané odbornosti v referenčním období

POP_{ROo} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- 0,04 - při splnění podmínky podle článku II. odst. 2 písm. a) tohoto Dodatku;
- 0,04 - při splnění podmínky podle článku II. odst. 2 písm. b) tohoto Dodatku;
- 0,04 - při splnění podmínky podle článku II. odst. 2 písm. c) tohoto Dodatku.
- 0,10 – pro odbornost 903 podle Seznamu zdravotních výkonů v případě, že v hodnoceném období podíl počtu Poskytovatelem ošetřených unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny s hlavní diagnózou F84.0 – F84.3, F84.5, F84.8, F98.5, F98.6, R47 – R47.9, R13, Q35 – Q37 nebo Q90 – Q99 podle mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, revize 10 (dále jen „MKN-10“) překročí 10 % z celkového počtu ošetřených unikátních pojištěnců.

Výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 v odbornosti 105 – gastroenterologie, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta, budou hrazeny v hodnotě bodu 1,23 Kč/bod bez dalších omezení, výkon č. 15446, vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta, bude hrazen v hodnotě bodu 1,05 Kč/bod bez dalších omezení a budou hrazeny na základě samostatného dodatku, pokud má takto Poskytovatel smluvně sjednáno.

Výkony č. 73028 a 73029 v odbornosti 701 – otorinolaryngologie nebo 702 – foniatrie nebo 704 - dětská otorinolaryngologie budou hrazeny v hodnotě bodu 1,05 Kč/bod bez dalších omezení a budou hrazeny na základě samostatného dodatku, pokud má takto Poskytovatel smluvně sjednáno.

- Referenčním obdobím se rozumí rok 2019 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2022.
- Unikátním pojištěncem Zdravotní pojišťovny se rozumí pojištěnec Zdravotní pojišťovny, kterému Poskytovatel poskytl zdravotní služby v příslušném roce alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci služeb vlastních nebo služeb vyžádaných.
- Omezení úhrady uvedené v odst. 3. tohoto článku se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním období v rámci jedné odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny. Dále se toto omezení nepoužije v případě zdravotních služeb poskytovaných Zahraničním pojištěncům.
- U Poskytovatele, který v roce 2019 nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (služeb) se Zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval zdravotní služby v dané odbornosti, může Zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období (PUROo) použít hodnoty za referenční období u srovnatelných poskytovatelů zdravotních služeb.
- V rámci celkového finančního předběžné úhrady obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2022, na základě které dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
- Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku ve výši 42,- Kč bez dalších omezení. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09615, který je Poskytovatel oprávněn vykazovat spolu s klinickým vyšetřením podle Seznamu zdravotních výkonů u dětí ve věku od 6 do 18 let, uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku ve výši 42 Kč.
- Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle Seznamu zdravotních výkonů, vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle Mezinárodní klasifikace nemocí, se Poskytovateli navýší úhrada o 100,- Kč, a to

s výjimkou výkonů provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které se Poskytovateli náleží úhrada ve výši 300,- Kč.

11. Smluvní strany se dohodly, že specializované ambulantní zdravotní služby poskytované Zahraničním pojištěncům v roce 2022 Poskytovatelem, vykázané dle Seznamu zdravotních výkonů **budou hrazeny v hodnotě bodu stanovené v bodu 1, přičemž podmínky pro navýšení úhrady uvedené v bodě 2 se považují za splněné.**

12. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:

12.1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2022 úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení referenční průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení referenční průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do regulačního omezení se nezahrnují zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem Zdravotní pojišťovny.

12.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 (dále jen „Vyjmenované odbornosti“) v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2022 úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení referenční průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení referenční průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Mezi vyžádané služby se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné Poskytovatelem, který má se Zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301 a 82302 podle Seznamu zdravotních výkonů. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádaných služeb v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1.1.2022 hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.

12.3. Referenčním obdobím se pro účely čl. II. odst. 12 tohoto Dodatku rozumí rok 2019. Průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny v referenčním i hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v referenčním i hodnoceném období podle odst. 12.1 a 12.2 tohoto článku se vypočtou z celkového počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci Zdravotní pojišťovny, na které byl vykázan pouze zdravotní výkon č. 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.

12.4. Regulační omezení podle odst. 12.1. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli poskytujícími specializované ambulantní hrazené zdravotní služby v roce 2022 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2022 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.

12.5. Regulační omezení podle odst. 12.2. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2022 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2022 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.

12.6. Pokud Poskytovatel vykáže větší průměrný objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny, a Poskytovatel bezodkladně písemně po obdržení oznámení o výši regulační srážky prokáže, že k vykázaní většího objemu předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, došlo z nepředvídatelných a neovlivnitelných důvodů, které Poskytovateli objektivně znemožnily dodržet smluvně dohodnutý objem preskripce, respektive vyžádané péče, a bude neprodleně iniciovat jednání o navýšení referenčního průměru, dojde ze strany Zdravotní pojišťovny po odsouhlasení těchto skutečností k poměrnému navýšení referenčních průměrných hodnot, o čemž bude Poskytovatel písemně informován.

12.7. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu se Zdravotní pojišťovnou, použije Zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 12.1. a 12.2. tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

12.8. Regulační omezení podle odst. 12.1. a 12.2. tohoto článku se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 100 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny.

12.9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle odst. 12.1. a 12.2. tohoto článku maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZÚM a ZÚLP za rok 2022.

12.10. Regulační omezení dle bodů 12.1. a 12.2. tohoto článku budou uplatněny souhrnně za veškeré předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a veškerou vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech bez ohledu na odbornost předepisujícího poskytovatele zdravotních služeb.

12.11. Regulace uvedená v bodě 12.1. tohoto článku Dodatku se neuplatní nebo se uplatní pouze z části v případě, že Poskytovatel průkazně ve více než 50 % případů předepisuje léčivé přípravky uvedené na pozitivním listu Zdravotní pojišťovny, respektive Svazu zdravotních pojišťoven ČR, z.s.

12. Zdravotní služby vykázané Poskytovatelem budou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou. 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 2022
--

limit Kč

/ Pokud není vyplněna hodnota, bude Poskytovateli předběžně hrazeno výkonově podle Seznamu zdravotních výkonů výkonů s hodnotami bodu uvedenými v odst. 1, resp. navýšenými podle odst. 2 písm. a), b).*

13. Smluvní strany se dohodly, že nad rámec smluvně sjednaných úhrad bude poskytovateli v rámci finančního vyrovnání uhrazena:

- **200,- Kč za každé ošetření pacienta s poruchou autistického spektra** Poskytovatelem v lékařské odbornosti nebo odbornosti 903 - 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 kdykoli v minulosti výkon č. 02241 – Signální kód edukace pacienta a pečující osoby pro PLDD a VPL v souvislosti s předáním průkazu osoby s PAS na základě diagnózy PAS.

Pro PZS poskytující péči v odb. 101

- **500,- Kč za komplexní roční péči o polymorbidního pacienta v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován pro minimálně 3 diagnózy v souladu vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázána kombinace výkonů č. 11022 – Cílené vyšetření internistou a č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, a to nejméně pro 3 různé diagnózy podléhající dispenzarizaci.
- **300 Kč za péči o chronického pacienta s diagnózou Diabetes mellitus v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec s diagnózou E11* bude u Poskytovatele dispenzarizován v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázán výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, č. 11022 – Cílené vyšetření internistou nebo č. 11023 – Kontrolní vyšetření internistou, č. 81449 – Glykovaný hemoglobin nebo č. 01445 – Stanovení glykovaného hemoglobinu HBA1C v ambulanci a současně bude vykázán výkon č. 13111– Signální kód pro hodnotu glykovaného hemoglobinu HBA1C nižší než 53 mmol/mol (kompenzovaný pacient)
- **500,- Kč za péči o chronického pacienta s diagnózou Diabetes mellitus v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec s diagnózou E11* bude u Poskytovatele dispenzarizován v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázán výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, výkony č. 11022 – Cílené vyšetření internistou nebo č. 11023 – Kontrolní vyšetření internistou, výkon č. 81449 – Glykovaný hemoglobin nebo č. 01445 – Stanovení glykovaného hemoglobinu HBA1C v ambulanci a současně bude vykázán výkon č. 13111– Signální kód pro hodnotu glykovaného hemoglobinu HBA1C nižší než 53 mmol/mol (kompenzovaný pacient), výkon č. 81527 – Cholesterol LDL a současně č. 11301 – Signální výkon pro hodnotu LDL cholesterolu nižší než 2,0 mmol/mol, výkony č. 75021 – Komplexní vyšetření oftalmologem nebo č. 75022 – Cílené vyšetření oftalmologem nebo č. 75023 – Kontrolní vyšetření oftalmologem, výkon č. 13024 – Vyšetření rizika syndromu diabetické nohy a vyšetření jednoho ze základních nefrologických laboratorních parametrů – výkony č. 81499 – Kreatinin nebo č. 81703 – Cystatin C nebo č. 81511 – Clearance kreatininu globální nebo č. 81513 – Clearance kreatininu dělená nebo č. 81621 – Urea nebo č. 81327 – Albumin – průkaz v moči nebo č. 81675 - Mikroalbuminurie
- **500,- Kč za péči o chronického pacienta s diagnózou Hypertenze v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec s diagnózou I10 bude u Poskytovatele dispenzarizován v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázán výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, výkony č. 11022 – Cílené vyšetření internistou nebo č. 11023 – Kontrolní vyšetření internistou, výkony č. 81527 – Cholesterol LDL a současně č. 11311 – Signální výkon pro hodnotu LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/mol, výkon č. 17711 – Signální výkon pro hodnotu systolického tlaku krve pod hodnotu 140 mmHg – ve zdravotnické dokumentaci musí být zapsána hodnota naměřeného TK, výkon očního vyšetření č. 75021 – Komplexní vyšetření oftalmologem nebo č. 75022 – Cílené vyšetření oftalmologem nebo č. 75023 – Kontrolní vyšetření oftalmologem a výkony vyšetření jednoho ze základních nefrologických laboratorních parametrů – č. 81499 – Kreatinin nebo č. 81703 – Cystatin C nebo č. 81511 – Clearance kreatininu globální nebo č. 81513 – Clearance kreatininu dělená nebo č. 81621 – Urea nebo č. 81327 – Albumin – průkaz v moči nebo č. 81675 – Mikroalbuminurie a současně bude ve zdravotnické dokumentaci záznam o rizikových faktorech (např. kouření, BMI/tělesná hmotnost, pohyb, dieta) včetně poučení o rizikovém chování, konzultace a osobní plán, jak dosáhnout změny v uvedených parametrech

Pro PZS poskytující péči v odb. 101 nebo 103

- **1 000,- Kč za péči o diabetika v ambulanci internisty nebo diabetologa v souvislosti s nasazením první inzulínoterapie za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován pro diagnózu diabetes mellitus, bude na něho vykázán výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby a pojištěnec nebude pro stejnou diagnózu dispenzarizován u jiného poskytovatele a bude vykázáno vydání inzulínu. Současně nesmí být na tohoto pacienta evidován výdej inzulínu kdykoli v minulosti.

Pro PZS poskytující péči v odb. 205

- **500,- Kč za komplexní péči o pacienta se syndromem překryvu astmatu a CHOPN (ACOS) za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován zároveň pro obě diagnózy (J42 nebo J43 nebo J44 a současně J45), bude na něho vykázán výkon č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby pro každou z diagnóz a současně bude vykázán výkon č. 25022 – Cílené vyšetření pneumologem nebo výkon č. 27022 – Cílené vyšetření alergologem a klinickým imunologem.

Pro PZS poskytující péči v odb. 404

- **500,- Kč za péči o chronické pacienty s diagnózou atopická dermatitida a/nebo Lupénka psoriáza za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován pro diagnózu L20 a/nebo L40, přičemž pacient bude zařazen do projektu a při každé návštěvě bude provedeno zhodnocení stavu podle EASI (L20), resp. PASI (L40) a zároveň na něho budou vykázány výkony č. 09532 – Signální výkon prohlídky dispenzarizované osoby, č. 99424 – Signální výkon pro ekzém nebo č. 99414 – Signální výkon pro lupénku, č. 44022 – Cílené vyšetření dermatologem nebo č. 44023 – Kontrolní vyšetření dermatologem a výkon klinického vyšetření s hlavní diagnózou L20 resp. L40.

Pro PZS poskytující péči v odb. 108 nebo 128

- **Bonifikace dle Přílohy C tohoto Dodatku „Úhrada za včasné zařazení pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny“**. Příloha C je nedílnou součástí tohoto Dodatku. Úhrada bude poskytnuta v případě, že Příloha C bude podepsána oběma smluvními stranami, budou naplněny podmínky pro úhradu uvedené v Příloze C a bude vykázán příslušný signální kód pro úhradu.

14. Smluvní strany se dohodly, že za specializované ambulantní zdravotní služby poskytnuté v roce 2022 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od **DATUM(DATE)** do 31.12.2022, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2023.
15. V návaznosti na termíny pro vykázání zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady dle předchozích ustanovení za rok 2022 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2022 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
16. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude zasílat Zdravotní pojišťovnou 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.
17. 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 **DATUM(DATE)** do 31.12.2022.
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 poště, 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 Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
12. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude Dodatek uzavřen cestou datových schránek způsobem uvedeným v článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

V **If usekzz = 3** then Ostravě dne _____
Else Praze

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele