

Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment ambulantní specializované zdravotní péče pro rok 2021 – paušální předběžná úhrada

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 a v návaznosti na § 7 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (dále jen „Vyhláška MZ č. 248/2020 Sb.“), dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2021 budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v rámci specializované ambulantní péče budou v roce 2021 hrazeny výkonově 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.“), s hodnotou bodu dle odstavce 2) a 3) tohoto článku Dodatku.
- 2) Pro poskytnuté výkony:
 - a) 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 403 – radiční onkologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,73 Kč
 - b) 75347, 75348 a 75427 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 705 – oftalmologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,74 Kč,
 - c) 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 105 – gastroenterologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se stanoví hodnota bodu ve výši 1,13 Kč,
 - d) 73028, 73029 a 71112 (novorozenecký screening) podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornostech 701 – ORL, 702 – foniatrie nebo 704 – dětská ORL podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,01 Kč,
 - e) v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč.
- 3) Pro Poskytovatele poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v odstavci 2) se stanoví výše úhrady podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč s výjimkou výkonu 89312 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.
- 4) Hodnota bodu uvedená v odstavci 2) a 3) tohoto článku Dodatku se Poskytovateli navýší o:
 - a) 0,04 Kč pro všechny nasmlouvané odbornosti Poskytovatele, pokud tento Pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů **k datu 01. 01. 2021** nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace. Doložení kopií dokladů o CŽV jednotlivých lékařů (nositelé kategorie „L“) nebo nelékařských pracovníků (nositelé kategorie „K“), kteří u něj poskytují hrazené služby, musí být Poskytovatelem provedeno nejpozději do 31. 1. 2021 včetně (na pozdější předání dokladu nebude brán zřetel). Pokud platnost dokladu o CŽV bude končit v průběhu roku 2021, musí Poskytovatel doložit novou kopii dokladu o CŽV nejpozději do 30 dnů od konce platnosti původního dokladu o CŽV.
 - b) 0,04 Kč pro danou odbornost, pokud Poskytovatel alespoň u 50 % svých pracovišť (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 (dále jen „operační obory“) a zároveň má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy 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. Nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu nasmlouvání rozsahu a rozložení ordinačních dob v Příloze č. 2 Smlouvy **k datu 01. 01. 2021**. Podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný 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, pokud Poskytovatel v hodnoceném období ošetří v dané odbornosti alespoň 5 % pojištěnců Pojišťovny, u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců Pojišťovny, u nichž v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2020 nevykázal Pojišťovně v dané odbornosti žádný výkon a dále pro návštěvy využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců Pojišťovny, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. Za nového pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v dané odbornosti vykázán pouze výkon č. 09513 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.
- d) Poskytovatel podepsáním Dodatku zároveň prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby v souladu s ustanovením odst. 4) písm. b) tohoto článku Dodatku budou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2021. Zároveň Poskytovatel **podepsáním čestného prohlášení uvedeného v Příloze č. 1 Dodatku stvrzuje využívání objednávkového systému** v souladu s ustanovením odst. 4) písm. c) tohoto článku Dodatku. V opačném případě ztrácí nárok na bonifikaci.
- 5) Celková výše úhrady Poskytovateli uvedenému v odstavci 3) tohoto článku Dodatku se stanoví v souladu s odstavcem 3 části A) Přílohy č. 3 k Vyhlášce MZ č. 428/2020 Sb. Podmínky pro uplatnění koeficientu navýšení KN v rámci výpočtu celkové výše úhrady Poskytovateli budou posuzovány dle stavu k 1. 1. 2021. Referenčním obdobím se rozumí rok 2019, hodnoceným obdobím rok 2021.
- 6) Bonifikace za včasné vyšetřování a zařazování pojištěnců Pojišťovny na čekací listinu k transplantaci ledviny u Poskytovatele poskytující zdravotní služby v odbornosti 108 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. je součástí samostatného dodatku.
- 7) V případě, že Pojišťovna u Poskytovatele nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, Pojišťovna tuto skutečnost zohlední na základě žádosti Poskytovatele v rámci celkového finančního vypořádání.
- 8) Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle ustanovení odstavce 5) tohoto článku Dodatku se nepoužije v případě:
- Poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu hrazených služeb pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou,
 - hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
 - Poskytovatele, který ukončí poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného období.
- 9) 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 Poskytovatel úhradu ve výši 1,70 Kč. Úhrada definovaná ve větě první tohoto odstavce se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku a bude realizována v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období.
- 10) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. nebo 09615 - (VZP) Signální výkon klinického vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let uhradí Pojišťovna Poskytovateli 35 Kč. Úhrada definovaná ve větě první tohoto odstavce se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku.
- 11) Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se poskytovateli navyšuje úhrada o 100 Kč, s výjimkou výkonů provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které se Poskytovateli navyšuje úhrada o 300 Kč. Výplata bude realizována v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 31. 5. 2022. Toto navýšení úhrady se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku.
- 12) Pojišťovna bude v roce 2021 provádět Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu, ve výši jedné dvanáctiny ze 111 % objemu úhrady Poskytovateli v referenčním období. Výše předběžné měsíční úhrady Poskytovateli pro období roku 2021 činí: **Paušál Měsíc** Kč.
- 13) V případě změny spektra nebo rozsahu hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny, má Poskytovatel právo písemně požádat Pojišťovnu o změnu výše předběžné úhrady.
- 14) Finanční vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných v souladu s tímto Dodatkem bude provedeno do 31. 05. 2022. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána zvláštní platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.

- 15) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2021 nejpozději do 31. 03. 2022. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 31. 03. 2022 do finančního vypořádání dle odstavce 14) tohoto článku Dodatku.
- 16) V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde ke změnám struktury a k podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, může Poskytovatel požádat Pojišťovnu o zohlednění v rámci výpočtu výše celkové úhrady. Poskytovatel musí svou žádost Pojišťovně předat písemně společně s řádným odůvodněním nejpozději do 30 dnů od zaslání vyúčtování. Pojišťovna žádost Poskytovatele posoudí a v případě, že uzná žádost jako odůvodněnou, může výši celkové úhrady částečně nebo plně zohlednit.
- 17) U Poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu s Pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů. Hodnota referenční průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené v souladu s větou první je uvedena v Příloze č. 2 k Dodatku/2021.
- 18) Úhrady nově definovaných zdravotních služeb souvisejících s předpokládaným mimořádným vývojem pandemické situace v souvislosti s onemocněním COVID-19 (zejména zdravotní služby týkající se testování, očkování) budou v hodnoceném období realizovány v souladu s informacemi zveřejněnými na webu Pojišťovny v sekci „Poskytovatelé → Obecné informace → Informace v souvislosti s onemocněním COVID-19“.¹ Tímto není dotčena situace, kdy dojde k vydání novely právních předpisů upravujících úhrady hrazených služeb v tomto Dodatku.
- 19) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2021 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

Péče o chronické pacienty

A. Hypertenze

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2021 dispenzarizuje pacienta (vykázán výkon 09532) s dg. I10* - I15* a tento je léčen minimálně jedním z antihypertenziv (ATC skupiny C02* až C09*), náleží mu bonifikace ve výši 350 Kč/URČ_{disp}, kde URČ_{disp} je unikátní počet dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny u Poskytovatele k 31. 12. 2021, a to minimálně po dobu 6 měsíců. V případě preskripce musí být předepisujícím dispenzarizující Poskytovatel odbornosti 101 a/nebo 107.
- 2) Pro uznání bonifikace definované v odstavci 1) je nezbytné, aby v hodnoceném období byly u dispenzarizovaného pacienta vykázány minimálně tyto hrazené služby: výkon EKG (minimálně jeden z dále uvedených výkonů: 09127, 17129, 17111, 11111, 11021, 11022, 11023, 17021, 17022 nebo 17023) a kompletní spektrum laboratorních výkonů (současně vykázané výkony č.: 81499 - kreatinin, 81439 – glukóza kvantitativní stanovení a 81527 – cholesterol LDL).
- 3) V případě, že u pacienta definovaného v odstavci 1), u kterého byly splněny podmínky definované v odstavci 2) dojde ke kompenzaci, která bude zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci pacienta, vykáže Poskytovatel výkon 17711, za který mu náleží bonifikace ve výši 200 Kč/URČ_{komp}, kde URČ_{komp} je unikátní počet kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny.
- 4) Podmínkou kompenzace pro uznání bonifikace definované v odstavci 3) je cílová hodnota TK pod 140/90 mmHg.
- 5) Kompenzační výkon 17711 Poskytovatel vykáže, pouze pokud dojde ke kompenzaci, tzn. nedojde ke zvýšení hodnot TK nad cílovou hodnotu definovanou v odst. 4) tohoto článku Dodatku. Pokud bude u pojištěnce zjištěna jiná hodnota než hodnota definovaná v odst. 4) tohoto článku Dodatku vykáže Poskytovatel pro tuto situaci výkon 17712. V případě, že nedojde k 31. 12. 2021 ke kompenzaci pacienta nebude Poskytovateli za toto URČ náležet bonifikace uvedená v odst. 3) tohoto článku Dodatku.

B. Diabetes

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2021 dispenzarizuje pacienta (vykázán výkon 09532) s dg. E11* a tento je léčen minimálně jedním z PAD (ATC skupina A10B), náleží mu bonifikace ve výši 350 Kč/URČ_{disp}, kde URČ_{disp} je unikátní počet dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny u Poskytovatele k 31. 12. 2021, a to

¹ <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/obecne-informace/informace-v-souvislosti-s-onemocnenim-covid-19>

minimálně po dobu 6 měsíců. V případě preskripce musí být předepisujícím dispenzarizující Poskytovatel odbornosti 101 a/nebo 103.

- 2) Pro uznání bonifikace definované v odstavci 1) je nezbytné, aby v hodnoceném období byly u dispenzarizovaného pacienta vykázány minimálně tyto hrazené služby: vyšetření glykovaného hemoglobinu (minimálně jeden z výkonů: 81449 – glykovaný hemoglobin nebo 01445 – stanovení glykovaného hemoglobinu v ambulanci), glykémie nalačno (minimálně jeden z výkonů: 81439 - glukóza kvantitativní stanovení nebo 01441 – stanovení glukózy glukometrem), renální funkce (minimálně jeden z výkonů: 81499 - kreatinin nebo 81703 – cystatin C, 81511 - clearance kreatininu globální, 81513 - clearance kreatininu dělená, 81621 - urea, 81327 – albumin – průkaz v moči, 81675 - mikroalbuminurie) a vyšetření lipidového spektra (současně vykázané výkony č.: 81471 – cholesterol celkový, 81473 – cholesterol HDL, 81527 - cholesterol LDL a 81611 - triacylglyceroly).
- 3) V případě, že u pacienta definovaného v odstavci 1), u kterého byly splněny podmínky definované v odstavci 2) dojde ke kompenzaci, která bude zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci pacienta, vykáže Poskytovatel výkon 13111, za který mu náleží bonifikace ve výši 200 Kč/URČ_{komp}, kde URČ_{komp} je unikátní počet kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny.
- 4) Podmínkou kompenzace pro uznání bonifikace definované v odstavci 3) je cílová hodnota HbA1c (výkon 81449 nebo 01445) do 53 mmol/mol (včetně).
- 5) Kompenzační výkon 13111 Poskytovatel vykáže, pouze pokud dojde ke kompenzaci, tzn. nedojde ke zvýšení hodnot HbA1c nad cílovou hodnotu definovanou v odst. 4) tohoto článku Dodatku. Pokud bude u pojištěnce zjištěna jiná hodnota než hodnota definovaná v odst. 4) tohoto článku Dodatku vykáže Poskytovatel pro tuto situaci výkon 13112. V případě, že nedojde k 31. 12. 2021 ke kompenzaci pacienta nebude Poskytovateli za toto URČ náležet bonifikace uvedená v odst. 3) tohoto článku Dodatku.

C. Dyslipidemie

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2021 dispenzarizuje pacienta (vykázán výkon 09532) s dg. E78* a tento je léčen minimálně jedním z léčiv ovlivňující hladinu lipidů (ATC skupina C10*), náleží mu bonifikace ve výši 350 Kč/URČ_{disp}, kde URČ_{disp} je unikátní počet dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny u Poskytovatele k 31. 12. 2021, a to minimálně po dobu 6 měsíců a v případě, že daný pacient není u Poskytovatele dispenzarizován pro jiná onemocnění. V případě preskripce musí být předepisujícím dispenzarizující Poskytovatel odbornosti 101 a/nebo 103 a/nebo 107.
- 2) Pro uznání bonifikace definované v odstavci 1) je nezbytné, aby v hodnoceném období byly u dispenzarizovaného pacienta vykázány minimálně tyto hrazené služby: vyšetření lipidového spektra (současně vykázané výkony č.: 81471 - cholesterol celkový, 81473 - cholesterol HDL, 81527 - cholesterol LDL, 81611 - triacylglyceroly).
- 3) V případě, že u pacienta definovaného v odstavci 1), u kterého byly splněny podmínky definované v odstavci 2) dojde ke kompenzaci, která bude zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci pacienta, vykáže Poskytovatel výkon 11311, za který mu náleží bonifikace ve výši 200 Kč/URČ_{komp}, kde URČ_{komp} je unikátní počet kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny.
- 4) Podmínkou kompenzace pro uznání bonifikace definované v odstavci 3) je cílová hodnota LDL (výkon 81527) pod 3,0 mmol/l.
- 5) Kompenzační výkon 11311 Poskytovatel vykáže, pouze pokud dojde ke kompenzaci, tzn. nedojde ke zvýšení hodnot LDL nad cílovou hodnotu definovanou v odst. 4) tohoto článku Dodatku. Pokud bude u pojištěnce zjištěna jiná hodnota než hodnota definovaná v odst. 4) tohoto článku Dodatku vykáže Poskytovatel pro tuto situaci výkon 11312. V případě, že nedojde k 31. 12. 2021 ke kompenzaci pacienta nebude Poskytovateli za toto URČ náležet bonifikace uvedená v odst. 3) tohoto článku Dodatku.
- 6) Finanční vypořádání bonifikace za péči o chronické pacienty dle tohoto článku Dodatku bude realizováno do 30. 5. 2022.

Článek 3 Regulační omezení

- 1) Pojišťovna může vůči Poskytovateli uplatnit regulační mechanismy definované v části B) Přílohy č. 3 k Vyhlášce MZ č. 428/2020 Sb., jestliže dojde k překročení celkové výše nákladů Pojišťovny stanovené pro rok 2021 pro segment ambulantní specializované péče.
- 2) Způsob případného omezení úhrady dle odstavce 1) tohoto článku Dodatku projedná Pojišťovna předem se zástupci poskytovatelů ze segmentu ambulantní specializované péče.

Článek 4

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“), pojištěncům smluvních zemí (Albánie, Černá Hora, Srbsko, Severní Makedonie, Tunisko a Turecko) a pojištěncům Spojeného království Velké Británie

a Severního Irsku (UK), na něž se vztahuje Protokol o koordinaci sociálního zabezpečení stanovený Dohodou o obchodu a spolupráci mezi EU a Evropským společenstvím pro atomovou energii na jedné straně a UK na straně druhé a čl. 30 nebo čl. 32 Dohody o vystoupení Spojeného království VB a Severního Irsku z EU a Evropského společenství pro atomovou energii se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za pojištěnce z členských a smluvních zemí a z UK Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, 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) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům Pojišťovny z členských a dalších smluvních zemí se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč. 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 5

- 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. 2021, 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. Pro Poskytovatele bez plnohodnotného referenčního období je součástí Dodatku Příloha č. 2 k Dodatku/2021.
- 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. 2021. 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 VYUŽÍVÁNÍ OBJEDNÁVKOVÉHO SYSTÉMU**

Svým podpisem čestně prohlašuji, že v rámci poskytování hrazených služeb v roce 2021 využívám pro návštěvy pojištěnců objednávkový systém umožňující přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců Pojišťovny, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

V dne

.....
Poskytovatel (podpis, razítko)

IČO Poskytovatele:

IČZ Poskytovatele:

Interní označení Poskytovatele:

**ÚHRADOVÝ UKAZATEL SROVNATELNÉHO POSKYTOVATELE
pro Poskytovatele bez plnohodnotného referenčního období**

Odbornost PZS	Hodnota PUROo
číselný kód nasmlouvané odbornosti PZS	???
číselný kód nasmlouvané odbornosti PZS	???
číselný kód nasmlouvané odbornosti PZS	???
číselný kód nasmlouvané odbornosti PZS	???
číselný kód nasmlouvané odbornosti PZS	???
číselný kód nasmlouvané odbornosti PZS	???

V dne

.....
Pojišťovna (podpis, razítko)