



Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce:

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:

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

Poliklinika Žďár nad Sázavou

Studentská 1699/4

591 01 Žďár nad Sázavou 1

21/4
8317_1/167

Poskytovatel ₂₎ : Poliklinika Žďár nad Sázavou		
IČ : 48899119	specifikace ₁₎ :	IČZ ₃₎ : 84312000
Sídlo : Studentská 1699/4 Žďár nad Sázavou 1		IČP ₃₎ :
		PSČ : 591 01
Zástupce:		

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

DODATEK POL-LIM 2019

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých **v roce 2019** Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie 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 **zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům v roce 2019 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 materiál (dále jen „ZUM“) dle následujících ustanovení:**

1.1. Specializované ambulantní zdravotní služby budou hrazeny dle následujících ustanovení:

- Zdravotní služby **v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle Seznamu zdravotních výkonů** budou hrazeny **v hodnotě bodu 1,07 Kč/bod bez dalších omezení.**
- Zdravotní služby **v odbornosti 910 - psychoterapie** společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře a **v odbornosti 901 – klinická psychologie a 931 – dětská psychologie** budou hrazeny **v hodnotě bodu 1,11 Kč/bod.**
- Zdravotní služby **v odbornosti 927 – ortoptika, v odbornosti 905 – zrakový terapeut a v odbornosti 919 - adiktolog** je dohodnuta **hodnota bodu 1,02 Kč/bod.**
- Výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 v odbornosti 403 – radiační onkologie** budou hrazeny **v hodnotě bodu 0,70 Kč/bod** a **výkony 43652 a 43653 v odbornosti 403 – radiační onkologie** budou hrazeny **v hodnotě bodu 1,02 Kč/bod.**
- Výkony 75427, 75347 a 75348 v odbornosti 705 – oftalmologie** budou hrazeny **v hodnotě bodu 0,70 Kč/bod.**
- Výkony 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 **v odbornosti 105 – gastroenterologie, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta,** budou hrazeny na základě samostatného dodatku.
- Výkony 73028 a 73029 **v odbornosti 701 – otorinolaryngologie nebo 702 - foniatrie** budou hrazeny na základě samostatného dodatku.
- Zdravotní služby **v ostatních odbornostech specializovaných ambulantních služeb** budou hrazeny **v hodnotě bodu 1,06 Kč/bod s výjimkou výkonu 89312, pro který je dohodnuta hodnota bodu 1,02 Kč/bod.**

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Obchodní jméno (obchodní název) Zdravotnického zařízení dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském listu, event. v žádosti o přidělení IČO, příp. dle názvu ve zřizovací listině

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

Hodnota bodu se za každou následující splněnou podmínku dále navýší o 0,01 Kč. Poskytovatel je povinen tyto skutečnosti doložit Zdravotní pojišťovně do 31.3.2019.

- a) v případě, že poskytovatel doloží, že nejméně 50% lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny, jsou k 1.1.2019 držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace;
- b) pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (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 operačních oborů;
- c) pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodloužené 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.

Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny za rok 2019 nepřekročí v jednotlivých odbornostech specializovaných ambulantních hrazených služeb částku, která se vypočte takto

$$(1,03 + KN) \times POPzpo \times PUROo \quad \text{kde}$$

POPzpo 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 ZULP a ZUM 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.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- a) 0,02 - při splnění podmínky podle části II. odst. 1.1. písm. a) tohoto Dodatku;
- b) 0,02 - při splnění podmínky podle části II. odst. 1.1. písm. b) tohoto Dodatku;
- c) 0,02 - při splnění podmínky podle části II. odst. 1.1. písm. c) tohoto Dodatku.

Referenčním obdobím pro odbornosti specializovaných ambulantních zdravotních služeb se rozumí rok 2017 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019.

Výše uvedené omezení úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se pro odbornost specializovaných ambulantních zdravotních služeb nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním období v rámci jedné odbornosti 80 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny. Dále se toto omezení nepoužije v případě zdravotních služeb poskytovaných Zahraničním pojištěncům.

- 1.2. Fyzioterapie a ergoterapie** (odbornost 902 a 917) bude hrazena **v hodnotě bodu 0,81 Kč/bod.** Celková výše úhrady Poskytovateli za hrazené zdravotní služby v odbornosti 902 a 917 pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2019 nepřekročí částku, která se vypočte dle následujícího vzorce:

$$(1,04 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,04 + KN) \times \max[PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)] \quad \text{kde}$$

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném období.

Mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec s diagnózou G20, G35, G51 – G83, I69, P07, P11, P13, P14, P94, T02 – T14 dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (MKN-10), pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně zvlášť účtovaného zdravotnického materiálu (dále jen „ZUM“) a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále jen „ZULP“) ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v příslušném (hodnoceném / referenčním) období je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec.

PUROo je smluvně dohodnutá minimální úhrada za výkony včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce stanovená Zdravotní pojišťovnou s přihlédnutím ke smluvně dohodnutému rozsahu zdravotních služeb, a to v případě, že je vlastní průměrná úhrada Poskytovatele za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období nižší.

UHRMh je úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období.

UHRMr je úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- a) 0,01 – v případě, že podíl součtu počtu Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21113, 21115, 21315 z celkového počtu Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 je menší než 50%
- b) 0,01 – v případě, že podíl součtu počtu Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21221 a 21415 na celkovém počtu Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 je větší než 14%

Referenčním obdobím pro zdravotní služby v odbornosti 902 a 917 se rozumí rok 2017 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019.

Poskytovatel, který v referenčním období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v odbornosti 902 a 917, bude v těchto odbornostech v roce 2019 hrazen výkonovým způsobem bez omezení.

- 1.3. Zdravotní služby v odbornosti 925** budou hrazeny **výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,05 Kč/bod.**

- 1.4. Zdravotní služby v odbornosti 914** budou hrazeny **výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 0,98 Kč/bod.**

1.5. **Zdravotní služby v odbornosti 911, 916 a 921** budou hrazeny **výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 0,93 Kč/bod.**

1.6. **Zdravotní služby komplementu** budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady dle následujících ustanovení:

1.6.1. Pro hrazené služby poskytované **v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823** a vyúčtované podle Seznamu zdravotních výkonů je dohodnuta **hodnota bodu ve výši 0,71 Kč/bod** pro odbornosti, pro které je Poskytovatel v hodnoceném období držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL. Pro hrazené služby poskytované **v odbornosti 802**, vyúčtované podle Seznamu zdravotních výkonů, je dohodnuta **hodnota bodu ve výši 0,85 Kč/bod** pro držitele Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v této odbornosti v hodnoceném období. V případě, že v průběhu hodnoceného období dojde k ukončení platnosti osvědčení, je nezbytné, aby Poskytovatel doložil Zdravotní pojišťovně osvědčení, jehož platnost navazuje na platnost původního osvědčení. Nové osvědčení pro hodnocené období předloží Poskytovatel nejpozději do 31. 12. 2019, přičemž hodnota bodu podle věty první nebo druhé bude Poskytovateli stanovena od data platnosti osvědčení. Pro výkony všech ostatních neakreditovaných odborností, případně odborností, pro které nejsou splněny výše uvedené podmínky, je dohodnuta **hodnota bodu ve výši 0,40 Kč/bod.**

1.6.2. Hrazené služby poskytované **v odbornosti 816** a vyúčtované podle Seznamu zdravotních výkonů budou hrazeny **v hodnotě bodu ve výši 0,80 Kč/bod.**

Celková výše úhrady Poskytovateli za poskytované hrazené zdravotní služby komplementu pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2019 podle odstavce 1.6.1. a 1.6.2. tohoto článku nepřekročí částku, která se vypočte dle následujícího vzorce:

POPk x PUROk x 1,04

POPk je počet unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny ošetřených Poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odstavci 1.6.1., respektive 1.6.2. tohoto článku v hodnoceném období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl v hodnoceném období vykázan pouze zdravotní výkon č.09119 nebo výkon č.97111.

PUROk je průměrná úhrada za výkony, včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného Poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odstavci 1.6.1, respektive 1.6.2. tohoto článku v referenčním období. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za zdravotní výkony č.09119 a 97111 vypočtená na základě skutečné hodnoty bodu HBskut.

U Poskytovatele poskytujícího hrazené služby v odbornostech uvedených v odst. 1.6.1. toho článku, u kterého poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu HBskut pod hodnotu minimální hodnoty bodu HBmin, bude hodnota PUROk stanovena podle hodnoty PUROnové následovně:

PUROnové = (HBmin / HBskut) x PUROk kde

HBmin je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 85% hodnoty bodu dané odbornosti v referenčním období

HBskut je skutečná hodnota bodu Poskytovatele stanovená jako

HBskut = UHRref / Pbred kde

UHRref je celková výše úhrady Poskytovatele v referenčním období

Pbred je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období

1.6.3. Pro zdravotní služby poskytované v odbornosti **809 a 810** a vyúčtované dle Seznamu zdravotních výkonů je v případě, že Poskytovatel vykázal v referenčním období některý ze zdravotních výkonů č.89111 až 89143 a 89199, dohodnuta **hodnota bodu (HB) ve výši 1,20 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,43 Kč/bod**, pokud výše uvedené zdravotní výkony Poskytovatel nevykázal je dohodnuta **hodnota bodu (HB) ve výši 1,12 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,43 Kč/bod**. Výjimku tvoří smluvně sjednané zdravotní výkony **89711 až 89725**, pro které je dohodnuta **hodnota bodu (HB) ve výši 0,54 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,38 Kč/bod**, dále smluvně sjednané zdravotní výkony **89611 až 89619**, pro které je dohodnuta **hodnota bodu (HB) ve výši 0,56 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,38 Kč/bod** a zdravotní výkon **89312**, pro který je dohodnuta **hodnota bodu (HB) ve výši 1,02 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,43 Kč/bod**. V případě, že Poskytovatel doloží do 31.1.2020, že je po celé hodnocené období zapojen do systému elektronického zpracování, archivace a distribuce obrazových dat, bude stanovena pro zdravotní výkony **89711 až 89725 hodnota bodu (HB) ve výši 0,55 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,38 Kč/bod** a pro zdravotní výkony **89611 až 89619 hodnota bodu (HB) ve výši 0,57 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,38 Kč/bod**.

Celková výše úhrady Poskytovateli za hrazené zdravotní služby poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2019 podle odstavce 1.6.3 tohoto článku se vypočte podle Seznamu zdravotních výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HBred), včetně včetně ZUM a ZULP, podle následujícího vzorce:

HBred = FS + VS kde

HBred je výsledná hodnota bodu, která je dohodnuta v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS je fixní složka úhrady podle odst. 1.6.3. tohoto článku

VS je variabilní složka úhrady, která se stanoví podle níže uvedeného vzorce:

VS = (HB – FS) x min { 1; (1,02 x (Pbred / UOPref) / (PBho / UOPho)) } kde

HB je hodnota bodu podle odst. 1.6.3. tohoto článku

Pbred je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtený podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1.1.2019

PBho je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období

UOPref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v referenčním období

UOPho je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období

1.6.4. **Zdravotní výkony 09119 a 97111**, vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů, budou hrazeny **v hodnotě bodu ve výši 1,03 Kč/bod**, přičemž úhrada za tyto zdravotní výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše

úhrady podle odst. 1.6. tohoto článku. Celková výše úhrady Poskytovateli za poskytované zdravotní služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2019 podle tohoto odstavce nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$P_{\text{bref}} \times HB \times 1,05$, kde

P_{bref} je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony 09119 a 97111 v referenčním období

HB je hodnota bodu ve výši 1,03 Kč/bod

1.6.5. Výkony mamografického screeningu, resp. screeningu děložního hrdla budou hrazeny na základě samostatných dodatků na tyto druhy služeb a budou účtovány samostatnou dávkou pod příslušným označením.

Referenčním obdobím pro zdravotní služby komplementu se rozumí rok 2017 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019. Poskytovatel, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v odbornostech 809 a 810, bude v odbornostech 809 a 810 v roce 2019 hrazen výkonovým způsobem v příslušných hodnotách za bod sjednaných pro jednotlivé odbornosti. Poskytovatel, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil méně než 10 unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812-819 a 823, bude v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812-819 a 823 v roce 2019 hrazen výkonovým způsobem v příslušných hodnotách za bod sjednaných pro jednotlivé odbornosti.

1.7. Zdravotní služby v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a odbornosti 604 – dětská gynekologie budou hrazeny v hodnotě bodu 1,08 Kč/bod, přičemž hodnota bodu se dále navýší o 0,01 Kč, pokud Poskytovatel doloží, že nejméně 50% lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019 (doložením kopie diplomu celoživotního vzdělávání). Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2019 podle odstavce 1.7. nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x [((1,05 + KN) x PUROo) + BORDO] kde

POPzpo je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 nebo č. 09511 podle Seznamu zdravotních výkonů.

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně zvlášť účtovaného zdravotnického materiálu (dále jen „ZUM“) a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále jen „ZULP“) 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 nebo výkon č. 09511 podle Seznamu zdravotních výkonů a do průměrné úhrady se nezahrnou ZULP použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.

KN je koeficient navýšení 0,01, který se uplatní v případě, že Poskytovatel doloží, že nejméně 50% lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2019 (doložením kopie diplomu celoživotního vzdělávání).

BORDO je navýšení úhrady v hodnotě:

- 30 Kč, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2019 v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18:00.
- 40 Kč, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2019 v rozsahu alespoň 27 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18:00.
- 50 Kč, pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby po celé období roku 2019 v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdne, přičemž alespoň 1 den v týdnu začínají ordinační hodiny nejpozději od 7:00.

Nad rámec celkové úhrady vypočtené dle výše uvedeného vzorce Zdravotní pojišťovna uhradí Poskytovateli ZULP použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a použité v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.

Referenčním obdobím pro zdravotní služby v odbornosti 603 a 604 se rozumí rok 2017 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019.

Poskytovatel, který v referenčním období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v odbornosti 603 a 604, bude v těchto odbornostech v roce 2019 hrazen výkonovým způsobem bez omezení.

1.8. Zdravotnické dopravní služby budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady **v hodnotě bodu 1,08 Kč / bod**, pokud jsou zdravotnické dopravní služby poskytovány v nepřetržitém provozu, a **v hodnotě 0,88 Kč / bod** v ostatních případech. Smluvní strany se dohodly, že kód dopravního výkonu 69 - Manipulace s imobilním pacientem s nadměrnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozem v sedě nebo vleže bude hrazen ve výši 3 500,- Kč za jeden převoz. Smluvní strany se dohodly, že tento výkon smí být vykázán pouze Poskytovatelem poskytujícím zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu a pouze v případě, že transport vyžadoval průkazně zásah 2 a více posádek sanitních vozů nebo se na manipulaci podílely hasičské složky IZS.

1.9. Zdravotnická záchranná služba (odbornost 709) bude hrazena výkonovým způsobem úhrady **v hodnotě bodu 1,16 Kč/bod** s výjimkou nasmlouvaných **přepravních kódů** podle Seznamu zdravotních výkonů, které budou **hrazeny v hodnotě bodu 1,17 Kč/bod** a s výjimkou **výkonu č. 06714**, který bude hrazen **v hodnotě bodu 1,- Kč/bod**.

1.10. Hrazené služby poskytované Poskytovatelem přepravy pacientů neodkladné péče (odbornost 799) budou hrazeny **v hodnotě bodu ve výši 1,15 Kč/bod** s výjimkou **výkonu č. 06714**, který bude hrazen **v hodnotě bodu 1,- Kč/bod**.

1.11. Lékařská pohotovostní služba v odbornosti 003 bude hrazena výkonovým způsobem úhrady **v hodnotě bodu 1,00 Kč/bod bez dalších omezení**.

1.12. Zdravotní služby poskytované praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost budou hrazeny kombinovanou kapitačně výkonovou platbou na základě uzavření samostatného Dodatku nebo výkonovým způsobem v hodnotě bodu 1,02 Kč/bod.

1.13. Zdravotní služby v rámci hemodialýzy v odbornosti 128 budou hrazeny na základě uzavření samostatného dodatku nebo výkonovým způsobem v hodnotě bodu 0,92 Kč/bod, s výjimkou výkonů 18530 a 18550, které budou hrazeny v hodnotě bodu 0,77 Kč/bod.

2. Unikátním pojištěncem Zdravotní pojišťovny se rozumí jeden 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.
3. U poskytovatele, který v roce 2017 nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se Zdravotní pojišťovnou, nebo neposkytoval zdravotní služby v dané odbornosti, může Zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady za zdravotní služby poskytnuté v roce 2019 použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti v roce 2017 u srovnatelných poskytovatelů.
4. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů je dohodnuta úhrada ve výši 30,- Kč bez dalších omezení, která bude zaplacená nad rámec předběžné úhrady uvedené v odst. 6. tohoto článku.
5. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:
 - 5.1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2019 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.
 - 5.2. 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 102% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2019 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. 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 hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.
 - 5.3. Referenčním obdobím (uvedeným v odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku) se rozumí rok 2017. 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. 5.1 a 5.2 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 09513 podle Seznamu zdravotních výkonů.
 - 5.4. Regulační omezení podle odst. 5.1. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovateli poskytujícími specializované ambulantní hrazené zdravotní služby v roce 2019 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
 - 5.5. Regulační omezení podle odst. 5.2. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2019 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
 - 5.6. 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.
 - 5.7. 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. 5.1. a 5.2. tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
 - 5.8. Regulační omezení podle odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku se nepoužije u poskytovatelů poskytující hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309.
 - 5.9. Regulační omezení podle odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 120 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny.
 - 5.10. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZUM a ZULP za rok 2019.
 - 5.11. Regulační omezení dle bodů 5.1. a 5.2. tohoto článku Dodatku 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.
 - 5.12. Regulace uvedená v bodě 5.1. 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 České republiky (ve zkratce "SZP ČR").

6. Zdravotní služby vyúčtované Poskytovatelem budou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vyúčtuje menší objem poskytnutých zdravotních služeb, než jaký odpovídá výši maximální měsíční předběžné úhrady, bude Poskytovateli v daném měsíci zaplacen výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Poskytovatel v dalším měsíci vyúčtuje 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 2019

50 539 Kč

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

7. Smluvní strany se dohodly, že pro účely ocenění uznané péče v předběžných úhradách budou použity základní hodnoty bodu bez navýšení.
8. V rámci celkového finančního vyrovnání předběžné úhrady obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2019, na základě které dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
9. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby uvedené v odstavci 1 tohoto článku poskytnuté v roce 2019 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2019 do 31.12.2019, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2020.
10. V návaznosti na termíny pro vyúčtování zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady dle předchozích ustanovení za rok 2019 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2019 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
11. 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.
12. 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 účinností 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 1.1.2019 do 31.12.2019.
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.
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 _____ Praze _____ dne _____ V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele