

OZP

Datum vystavení

Příkazce operace

OBOROVÁ ZDRAVNÍ

ZAMĚSTNANCŮ B

STAVEBNICTVÍ

Správce rozpočtu

hlavní účetní

37024749

**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců banky,
pojišťovna a stavebnictví**

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, IČD 207

Zástupce:

**generální ředitel
Roškotova 1225/1
140 21 Praha 4**

se sídlem

zapsaná

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

Bankovní spojení:

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné
aPoliklinika Žďár nad Sázavou
Studentská 1699/4
591 01 Žďár nad Sázavou 1**Poskytovatel²⁾ : Poliklinika Žďár nad Sázavou****IČ : 48899119**specifikace¹⁾ :**ICZ₃₎ : 84312000****Sídlo : Studentská 1699/4
Žďár nad Sázavou 1****ICP₃₎ :****PSC : 591 01****Zástupce:**(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé
uzavírají po dohodě tento**DODATEK POL-LIM 2020**

(dále jen „Dodatek“)

I.

1. Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých **v roce 2020** 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“).
2. 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.
3. 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 případech, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

1. Smluvní strany se dohodly, že **zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům v roce 2020 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 „ZÚLP“) a zvlášť účtovaný materiál (dále jen „ZÚM“) dle následujících ustanovení:**
 - 1.1. **Specializované ambulantní zdravotní služby** budou hrazeny dle následujících ustanovení:
 - 1.1.1. Zdravotní služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle Seznamu zdravotních výkonů budou hrazeny v hodnotě bodu 1,09 Kč/bod bez dalších omezení.
 - 1.1.2. 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 1,13 Kč/bod.
 - 1.1.3. Zdravotní služby v odbornosti 927 – ortoptika, v odbornosti 905 – zrakový terapeut a v odbornosti 919 - adiktolog je dohodnuta hodnota bodu 1,04 Kč/bod.
 - 1.1.4. Výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 v odbornosti 403 – radiační onkologie budou hrazeny v hodnotě bodu 0,72 Kč/bod a výkony 43652 a 43653 v odbornosti 403 – radiační onkologie budou hrazeny v hodnotě bodu 1,04 Kč/bod.
 - 1.1.5. Výkony 75347, 75348 a 75427 v odbornosti 705 – oftalmologie budou hrazeny v hodnotě bodu 0,72 Kč/bod.
 - 1.1.6. 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.
 - 1.1.7. Výkony 73028 a 73029 v odbornosti 701 – otorinolaryngologie nebo 702 - foniatrie nebo 704 – dětská otorinolaryngologie budou hrazeny v hodnotě bodu 1,04 Kč/bod a budou hrazeny na základě

7) 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 ICZ, ICP přidělená zdravotnickému zařízení uveďte ve zvláštní příloze

samostatného dodatku. Výkon 71112 v odbornosti 701 – otorinolaryngologie nebo 702 – foniatrie nebo 704 – dětská otorinolaryngologie bude hrazen v hodnotě bodu 1,04 Kč/bod.

- 1.1.8. Zdravotní služby v ostatních odbornostech specializovaných ambulantních služeb neuvedených v předchozích bodech odstavce 1.1. budou hrazeny v hodnotě bodu 1,07 Kč/bod s výjimkou výkonu 89312, pro který je dohodnuta hodnota bodu 1,03 Kč/bod.

- 1.1.9. Hodnota bodu uvedená v odst. 1.1.1. až 1.1.8. se dále při splnění následujících podmínek navýší o:

- 0,04 Kč** v případě, že poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020, 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 2020;
- 0,04 Kč** pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u 50% pracovišť Poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinálních hodin týdně rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle Seznamu zdravotních výkonů (dále jen „operační obory“), přičemž má ordinální hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinací 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;
- 0,02 Kč** pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u 50% pracovišť Poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinálních hodin týdně rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž v roce 2020 ošetří alespoň 5% pojištěnců, u nichž v období od 1.1.2017 do 31.12.2019 nevykázal Zdravotní pojišťovně žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje zdravotní stav.

- 1.1.10. Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli podle odst. 1.1.8. za rok 2020 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,05 + KN) \times POPzpo \times PUROo$$

, 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 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. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za výkony 75347, 75348, 75427, 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, 43652, 43653 a 71112.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- 0,04 - při splnění podmínky podle části II. odst. 1.1.9. písm. a) tohoto Dodatku;
- 0,04 - při splnění podmínky podle části II. odst. 1.1.9. písm. b) tohoto Dodatku;
- 0,04 - při splnění podmínky podle části II. odst. 1.1.9. písm. c) tohoto Dodatku.

Referenčním obdobím pro odbornosti specializovaných ambulantních zdravotních služeb se rozumí rok 2018 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2020.

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.

- 1.1.11. Smluvní strany se dohodly, že nad rámec smluvně sjednaných úhrad bude poskytovateli v rámci finančního vyrovnaní uhrazena:

- **200,- Kč za každé ošetření pacienta s poruchou autistického spektra** Poskytovatelem lékařské odbornosti, a to v případě, že na pojištěnce bude Poskytovatelem vykázán kód klinického vyšetření a současně bude na pacienta vykázán registrujícím praktickým lékařem kdykoli v minulosti kód 02241 – Signální kód edukace pacienta a pečující osoby pro PLDD a VPL v souvislosti s předáním průkazu osoby s PAS na základě diagnózy PAS.

1.2. Fyzioterapie a ergoterapie bude hrazena:

- 1.2.1. Zdravotní služby v odbornosti 902 a 917, smluvně sjednané a vykazané podle Seznamu zdravotních výkonů, v hodnotě bodu 0,83 Kč/bod. V případě, že podíl počtu unikátních pojištěnců ošetřených v roce 2020 s některou z diagnóz G10-G14, I60-I69, R62, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, revize 10 (dále jen „MKN-10“) na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců v roce 2020 překročí 5%, navýšuje se hodnota bodu uvedená v předchozí větě o 0,04 Kč/bod.

- 1.2.2. Celková výše úhrady Poskytovateli za hrazené zdravotní služby v odbornosti 902 a 917 pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2020 nepřekročí částku, která se vypočte dle následujícího vzorce:

$$(1,05 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,05 + KN) \times \max[PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$$

, 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 G10-G14, I60-I69, R62, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 – T14 dle MKN-10, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně zvlášť účtovaného zdravotnického materiálu (dále jen „ZÚM“) a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále jen „ZÚLP“) ošetřeného v dané

odbornosti Poskytovatelem v příslušném (hodnoceném / referenčním) období je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZÚM a ZÚLP 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 a dále pojištěnec, na kterého byly vykázány v hodnoceném období hrazené zdravotní služby s hlavní diagnózou G20, G35, G51–G83, P07, P11, P13, P14 nebo P94 podle MKN-10.

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, s výjimkou pojištěnců, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené zdravotní služby s hlavní diagnózou G20, G35, G51–G83, P07, P11, P13, P14 nebo P94 podle MKN-10.

UHRMh je úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů včetně ZÚM a ZÚLP 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 ZÚM a ZÚLP 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) 0,02 – v případě, že v hodnoceném období bude podíl součtu počtu Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21113, 21115 a 21315 z celkového počtu Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 menší než 50%
- b) 0,02 – v případě, že v hodnoceném období bude 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 větší než 14%
- c) 0,11 – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z hlavních diagnóz G10-G14, I60-I69, R62, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle MKN-10 na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců překročí 5%

1.2.3. Referenčním obdobím pro zdravotní služby v odbornosti 902 a 917 se rozumí rok 2018 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2020.

1.2.4. Hrazené zdravotní služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené zdravotní služby s hlavní diagnózou G20, G35, G51–G83, P07, P11, P13, P14 nebo P94 podle MKN-10, budou hrazeny podle části II., odst. 1.2.1. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové úhrady podle části II., odst. 1.2.2.

1.2.5. Poskytovatel, který v referenčním období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v odbornosti 902 a 917, bude v těchto odbornostech v roce 2020 hrazen výkonovým způsobem podle části II., odst. 1.2.1. bez omezení.

1.3. **Zdravotní služby v odbornosti 925** budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,07 Kč / bod. V případě, že podíl počtu Poskytovatelem ošetřených a Zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v roce 2020 s některou z hlavních diagnóz C00-C97, G09-G99, F00-F99, I60-I69, E10.3-E10.7, E11.3-E11.7 dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (dále jen „MKN-10“) na celkovém počtu ošetřených a Zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v roce 2020 překročí 25%, navýšuje se hodnota bodu o 0,04 Kč/bod.

1.4. **Zdravotní služby v odbornosti 914** budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,09 Kč/bod.

1.5. **Zdravotní služby v odbornostech 911, 916 a 921** budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 0,97 Kč/bod.

1.6. **Výkony dopravy** v návštěvní službě vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů, je-li tento druh služeb mezi smluvními stranami smluvně sjednán, budou hrazeny v hodnotě bodu ve výši 1,- Kč/bod.

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

1.7.1. Hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a 810 a vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů s výjimkou výkonů 89611 až 89619, 89711 až 89725 a 89312 v případě, že Poskytovatel vykázal v referenčním období některý ze zdravotních výkonů 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle Seznamu zdravotních výkonů, budou hrazeny v hodnotě bodu (HB) ve výši 1,29 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,47 Kč/bod, v případě, že Poskytovatel v referenčním období nevykázal výkony 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle Seznamu zdravotních výkonů, budou hrazeny v hodnotě bodu (HB) ve výši 1,20 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,47 Kč/bod.

1.7.2. Smluvně sjednané výkony 89711 až 89725 budou hrazeny v hodnotě bodu (HB) ve výši 0,55 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč/bod, smluvně sjednané výkony 89611 až 89619, které budou hrazeny v hodnotě bodu (HB) ve výši 0,57 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč/bod. V případě, že Poskytovatel doloží do 31.1.2021, 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 0,58 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč/bod a pro zdravotní výkony 89611 až 89619 hodnota bodu (HB) ve výši 0,59 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč/bod.

1.7.3. Smluvně sjednaný výkon 89312 bude hrazen v hodnotě bodu (HB) ve výši 1,03 Kč/bod a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,43 Kč/bod.

- 1.7.4. Zdravotní výkony **89111, 89119, 89123, 89127 a 89131** vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů, budou hrazeny **v hodnotě bodu ve výši 1,29 Kč/bod**, přičemž úhrada za tyto zdravotní výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 1.7.5. tohoto článku.
- 1.7.5. Celková výše úhrady Poskytovateli za poskytované zdravotní služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2020 podle odst. 1.7.1 až 1.7.3 tohoto článku se stanoví podle Seznamu zdravotních výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HBred). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady a stanoví se pro každou odbornost a výkony uvedené v odst. 1.7.1 až 1.7.3 samostatně podle následujícího vzorce:

$$HBred = FS + VS, \text{ kde}$$

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

FS je fixní složka úhrady podle odst. 1.7.1 až 1.7.3 tohoto článku

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

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(KN * \frac{\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}}}{\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}}} \right) \right\}, \quad \text{kde}$$

- HB je hodnota bodu podle odst. 1.7.1. až 1.7.3. tohoto článku navýšená podle odst. 1.7.6.
- KN je koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1,05 pro hrazené služby podle odst. 1.7.1 a ve výši 1,04 pro hrazené služby podle odst. 1.7.2 a 1.7.3
- PBref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období přepočtený podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1.1.2020. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za výkony 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle Seznamu zdravotních výkonů
- PBho je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období. Do celkového počtu bodů se nezapočítávají počty bodů za výkony 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle Seznamu zdravotních výkonů
- UOPref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v referenčním období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl vykázan pouze některý z výkonů 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle Seznamu zdravotních výkonů
- UOPho je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl vykázan pouze některý z výkonů 89111, 89119, 89123, 89127 a 89131 podle Seznamu zdravotních výkonů.
- 1.7.6. Hodnoty bodu uvedené v odst. 1.7.1 a v odst. 1.7.4 se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené zdravotní služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 35 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.
- Hodnoty bodu uvedené v odst. 1.7.2 se navýší o hodnotu 0,02 Kč v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené zdravotní služby po celé hodnocené období v rozsahu alespoň 70 hodin týdně.
- 1.7.7. Hrazené služby poskytované **v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823**, vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů, budou hrazeny **v hodnotě bodu ve výši 0,72 Kč/bod** pro odbornosti, pro které je Poskytovatel držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL v hodnoceném období. Hrazené služby poskytované **v odbornosti 802**, vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů, budou hrazeny **v hodnotě 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. 2020, přičemž hodnota bodu podle věty první nebo druhé bude Poskytovateli stanovena od data platnosti osvědčení. Výkony všech ostatních neakreditovaných odborností, případně odborností, pro které nejsou splněny výše uvedené podmínky, budou hrazeny **v hodnotě bodu ve výši 0,40 Kč/bod**.
- 1.7.8. Hrazené služby poskytované **v odbornosti 816** a vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů budou hrazeny **v hodnotě bodu ve výši 0,80 Kč/bod**.
- 1.7.9. Celková výše úhrady Poskytovateli za poskytované zdravotní služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2020 podle odst. 1.7.7 a 1.7.8 tohoto článku nepřekročí částku, která se vypočte dle vzorce:

$$POPicx \times PUROIc \times 1,04, \text{ kde}$$

POPic je počet unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny ošetřených Poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odst. 1.7.7, respektive 1.7.8 tohoto článku v hodnoceném období, kromě unikátních pojištěnců, na které byl v hodnoceném období vykázan pouze zdravotní výkon č.09119 nebo výkon č.97111 podle Seznamu zdravotních výkonů

PUROIc je průměrná úhrada za výkony včetně úhrady za zvlášť účtovaný zdravotnický materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného Poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odst. 1.7.7, resp. 1.7.8 tohoto článku v referenčním období. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za zdravotní výkony č.09119 a 97111 podle Seznamu zdravotních výkonů

U Poskytovatele poskytujícího hrazené služby v odbornostech uvedených v odst. 1.7.7 tohoto článku, u kterého poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu HBskut pod hodnotu minimální hodnoty bodu HBmin, bude hodnota PUROIc stanovena podle hodnoty PUROIcnové následovně:

$$PUROIc_{nové} = (HBmin / HBskut) \times PUROIc, \text{ kde}$$

HBmin je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 90% hodnoty bodu dané odbornosti v referenčním období
 HBskut je skutečná hodnota bodu Poskytovatele stanovená jako

$$HBskut = UHRef / PBref$$
, kde
 UHRef je celková výše úhrady Poskytovatele v referenčním období
 PBref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období

U Poskytovatele poskytujícího hrazené služby v odbornostech uvedených v odst. 1.7.8 tohoto článku, u kterého poklesla v referenčním období skutečná hodnota bodu HBskut pod hodnotu minimální hodnoty bodu HBmin, bude hodnota PUROicznové stanovena podle hodnoty PUROicznové následovně:

$$PUROicznové = (PBref \times HBmin + KPref) / UOPref$$
, kde

PBref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období
 HBmin je minimální hodnota bodu stanovená ve výši 65% hodnoty bodu dané odbornosti v referenčním období
 KPref je hodnota korunových položek Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období
 UOPref je počet unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem a uznaných Zdravotní pojišťovnou v dané odbornosti v referenčním období

Skutečná hodnota bodu Poskytovatele je stanovena jako:

$$HBskut = (UHRef - KPref) / PBref$$
, kde

UHRef je celková výše úhrady Poskytovatele v referenčním období
 KPref je hodnota korunových položek Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období
 PBref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období

U odborností uvedených v odst. 1.7.7 a 1.7.8 tohoto článku se stanoví celková úhrada podle výše popsaného souhrnně pro všechny odbornosti uvedené v odst. 1.7.7 a 1.7.8.

1.7.10. Zdravotní výkony 09119 a 97111, vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů, budou hrazeny v **hodnotě bodu ve výši 1,08 Kč/bod**, přičemž úhrada za tyto zdravotní výkony nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 1.7.9 tohoto článku. Celková výše úhrady Poskytovateli za poskytované zdravotní služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2020 podle tohoto odstavce nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$PBref \times HB \times 1,05$$
, kde

PBref je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony 09119 a 97111 v referenčním období
 HB je hodnota bodu ve výši 1,08 Kč/bod

1.7.11. 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 2018 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2020. 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 2020 hrazen výkonovým způsobem v hodnotách bodu uvedených v části II., odst. 1.7.1 až 1.7.4, resp. navýšenými podle odst. 1.7.6. 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 2020 hrazen výkonovým způsobem v hodnotách bodu uvedených v části II. odst. 1.7.7 a 1.7.8.

1.8. 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 Zdravotní pojišťovně doloží nejpozději do 31.1.2020, že nejméně 50% lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům, tj. působí u Poskytovatele jako nositelé výkonů, je držitel platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období,
- 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinální hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinální hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinální hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejméně do 18 hodin,
- 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel doloží Pojišťovně do 31.12.2020 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období,
- 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel doloží Pojišťovně nejpozději do 31.12.2020 certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.

Smluvní strany se dohodly, že v případě, že Poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem 63050 podle Seznamu zdravotních výkonů alespoň u 50% pojištěnek Zdravotní pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31.12.2020, bude mu úhrada za výkon 63021 podle Seznamu zdravotních výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,45 a úhrada za výkon 63050 podle Seznamu zdravotních výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,20.

Smluvní strany se dohodly, že hrazené zdravotní služby poskytované těhotným pojištěnkám budou hrazeny platbou za jednotlivé trimestry ve výši a za podmínek stanovených Metodikou – Organizace péče o těhotnou pojištěnku, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku.

Výkony 32410, 32420 a 63415 podle Seznamu zdravotních výkonů budou Poskytovateli v odbornosti 603 hrazeny s hodnotou bodu 1,08 Kč/bod, resp. navýšenou o hodnotu uvedenou v odst. 1.8. písm. a) – d) při splnění uvedených podmínek, pokud byly výkony provedeny a vykázaný nebo vyžádáný registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle Seznamu zdravotních výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle Seznamu zdravotních výkonů bez žádanky registrujícího lékaře, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu 0,50 Kč/bod.

Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2020 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{NPURO2018} \times \text{UOP2020} \times (1,07 + F(t) + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM2020} \quad , \text{ kde}$$

NPURO2018 je průměrná úhrada za zdravotní výkony podle Seznamu zdravotních výkonů, s výjimkou úhrady za výkon 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtované zdravotnický materiál (dále jen „ZÚM“) a zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZÚLP“) a individuálně smluvně sjednané úhrady za těhotné pojištěnky na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 nebo výkon č. 09511 podle Seznamu zdravotních výkonů. Referenčním obdobím se rozumí rok 2018.

UOP2020 je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 nebo č. 09511 podle Seznamu zdravotních výkonů. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2020.

IGV je index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v roce 2020 vykázané výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 podle Seznamu zdravotních výkonů, k počtu těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v roce 2020 nepřesáhne hranici 30% nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 30%, ale nepřesáhne hranici 40% nebo -0,02 v případě, že tento podíl je větší než 40%, ale nepřesáhne hranici 60% nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60%.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v roce 2020 vykázané výkony 32410, 32420 nebo 63415 podle Seznamu zdravotních výkonů, vyžádané nebo provedené registrujícím poskytovatelem, k počtu těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v roce 2020 nepřesáhne hranici 20%, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20%, ale nepřesáhne hranici 40%, nebo -0,02 v případě, že je tento podíl větší než 40%, ale nepřesáhne hranici 60%, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60%.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV a IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v roce 2020 vykázan výkon 63053 a 63055 podle Seznamu zdravotních výkonů nebo úhrada za některý trimestr podle Metodiky – Organizace péče o těhotnou pojištěnku. V případě, že měl Poskytovatel v roce 2020 ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5% z počtu RUOP2020, IGV a IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

EM2020 je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtená podle Metodiky – Organizace péče o těhotnou pojištěnku, odst. 9. Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25% celkové úhrady stanovené dle Metodiky – Organizace péče o těhotnou pojištěnku, odst. 2.

F(t) je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,08 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F(t) = 0,45 \times K(t) + 0,0255$$

V případě, že Poskytovatel nepečoval v roce 2020 o žádnou těhotnou pojištěnku Zdravotní pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných F(t) ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných K(t) větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných ve výši F(t) ve výši 0,08.

K(t) je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$K(t) = \text{PTEH2020} / \text{RUOP2020} \quad , \text{ kde}$$

PTEH2020 je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázan alespoň jeden z výkonů 63053, 63055 podle Seznamu zdravotních výkonů nebo úhrada za některý z trimestrů podle Metodiky – Organizace péče o těhotnou pojištěnku, odst. 2.

RUOP2020 je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u Poskytovatele alespoň jeden den v roce 2020.

Nad rámec smluvně sjednaných úhrad může být Poskytovateli vyplacena bonifikace dle Přílohy č. 1, který je nedílnou součástí tohoto dodatku, v návaznosti na hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb Poskytovatelem ze strany pojištěnců.

Poskytovatel, který v referenčním období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny v odbornosti 603 a 604, bude v těchto odbornostech v roce 2020 hrazen výkonovým způsobem bez omezení.

- 1.9. **Zdravotnické dopravní služby** budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,10 Kč / bod, pokud jsou zdravotnické dopravní služby poskytovány v nepřetržitém provozu, a v hodnotě 0,90 Kč / bod v ostatních případech.

Dopravní výkon 69 - Manipulace s imobilním pacientem s nadměrnou hmotností nad 140 kg při transportu sanitním vozem vsedě nebo vleže bude hrazen výkonovým způsobem úhrady s hodnotou bodu ve výši 1,- Kč/bod. Smluvní strany se dohodly, že tento výkon smí být vykázan pouze Poskytovatelem poskytujícím zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu a pouze v případě, že transport vyžadoval průkazné zásah 2 a více posádek sanitních vozů nebo se na manipulaci podílely hasičské složky IZS.

- 1.10. **Zdravotnická záchranná služba (odbornost 709)** bude hrazena výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,23 Kč/bod s výjimkou nasmlouvaných přepravních kódů podle Seznamu zdravotních výkonů, které budou hrazeny

v hodnotě bodu 1,10 Kč/bod a s výjimkou výkonu č. 06714, který bude hrazen v hodnotě bodu 1,- Kč/bod, přičemž maximální úhrada za Poskytovatelem vykázané a Zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní výkony 06714 nepřekročí objem úhrady Poskytovateli ze strany Zdravotní pojišťovny za tyto zdravotní výkony v roce 2018.

- 1.11. **Hrazené služby poskytované Poskytovatelem přepravy pacientů neodkladné péče (odbornost 799)** budou hrazeny v hodnotě bodu ve výši 1,21 Kč/bod s výjimkou nasmílovaných přepravních kódů podle Seznamu zdravotních výkonů, které budou hrazeny v hodnotě bodu 1,10 Kč/bod a s výjimkou výkonu č. 06714, který bude hrazen v hodnotě bodu 1,- Kč/bod, přičemž maximální úhrada za Poskytovatelem vykázané a Zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní výkony 06714 nepřekročí objem úhrady Poskytovateli ze strany Zdravotní pojišťovny za tyto zdravotní výkony v roce 2018.
- 1.12. **Lékařská pohotovostní služba** v odbornosti 003 bude hrazena výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,00 Kč/bod bez dalších omezení.
- 1.13. **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.
- 1.14. **Zdravotní služby v rámci hemodialýzy v odbornosti 128** budou hrazeny na základě uzavření samostatného dodatku nebo výkonovým způsobem v hodnotě bodu 0,95 Kč / bod, s výjimkou výkonů 18530 a 18550, které budou hrazeny v hodnotě bodu 0,77 Kč / bod.

Smluvní strany se dohodly, že hodnota bodu dle předchozího odstavce se dále navýší za podmínek uvedených níže v případě, že Poskytovatel kvartálně referuje výsledky jím poskytované dialyzační léčby v souladu s příslušnou metodikou reportování do Registru dialyzovaných pacientů (dále jen „RDP“) České nefrologické společnosti (dále jen „ČNS“).

- V případě, že Poskytovatel referoval data o dialyzační léčbě již za rok 2019, Zdravotní pojišťovna navýší hodnotu bodu podle bodu 1 o 0,02 Kč od 1. ledna 2020.
- Pokud Poskytovatel za období před 1. ledna 2020 výsledky jím poskytované dialyzační léčby nereferoval, bude mu částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle pravidel uvedených v písmenu a) tohoto odstavce uhrazena, pokud bude referovat data kvartálně v roce 2020. Vypočtená částka navýšení bude Poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
- Pokud bude Poskytovateli navýšena hodnota bodu podle písmena a) tohoto odstavce a Poskytovatel data v roce 2020 přestane referovat, je Zdravotní pojišťovna oprávněna mu úhradu podle písmena a) tohoto odstavce zpětně snížit.
- Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně splnění podmínek uvedených v písmenu a) tohoto odstavce nejpozději do 31. ledna 2020 a splnění podmínek uvedených v písmenu b) tohoto odstavce nejpozději do 31. ledna 2021.

Smluvní strany se dohodly, že Zdravotní pojišťovna nejpozději do 28. února 2021 vyhodnotí dohodnutá kvalitativní kritéria:

I. Parametry předávaných údajů

- Poskytovatel referuje výsledky jím poskytované pravidelné dialyzační péče za jednotlivá pracoviště (dialyzační střediska) v průběhu roku 2020 kvartálně, a to vždy po ukončení daného kvartálu. Data za poslední kvartál roku 2020 referuje Poskytovatel nejpozději do 31. ledna 2021.
- Poskytovatel referuje minimálně 90% pojištěnců ošetřených na daném pracovišti, kteří splnili podmínky pravidelného dialyzačního léčení.
- Za pacienta v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pojištěnec, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoelimačních metod nebo peritoneální dialýzy podle Seznamu zdravotních výkonů, a to alespoň do 90 dní od prvního dne jejich vykázaní.
- Poskytovatel referuje Zdravotní pojišťovně informace a data o průběhu dialyzační léčby.

II. Parametry kvality léčby v pravidelném dialyzačním léčení

- Dohodnuté parametry kvality:

Parametr kvality dialyzační léčby	Minimální procento referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti Poskytovatele plnících daný parametr kvality
Hodnota Hb > 100 g/l	70 %
Hodnota P < 1,8 mmol/l	50 %
Hodnota KtV > 1,2	70 %
Počet transplantovaných pojištěnců a pojištěnců zařazených do čekací listiny	7 %

- Do vyhodnocení kvalitativních kritérií nejsou zahrnuti pojištěnci, jímž byly poskytnuty pouze hrazené zdravotní služby vykázané výkony peritoneální dialýzy podle Seznamu zdravotních výkonů.

Výše uvedená kvalitativní kritéria budou vyhodnocena za jednotlivá pracoviště Poskytovatele. Hodnota bodu podle části II, odst. 1 se Poskytovateli v případě, že plní podmínky podle části II, odst. 2 a dohodnutá kvalitativní kritéria uvedená v části II, odst. 3, navýší o dalších 0,05 Kč/bod tímto způsobem:

$$\text{Navýšení HB} = 0,05 \text{ Kč} \times I_p, \text{ kde}$$

Navýšení HB je výsledné navýšení hodnoty bodu u Poskytovatele, které může dosáhnout maximální hodnoty ve výši 0,05 Kč/bod

I_p je index produkce, který může nabývat hodnoty od 0 do 1 a který se vypočte jako

$$I_p = \frac{\sum P_{SPL}}{\sum P_{ALL}}, \text{ kde}$$

$\sum P_{SPL}$ je součet bodů za výkony 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523, 18530 a 18550 podle Seznamu zdravotních výkonů za všechna pracoviště Poskytovatele (IČP), u kterých došlo ke splnění kvalitativních kritérií v hodnoceném období

$\sum P_{ALL}$ je součet bodů za výkony 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523, 18530 a 18550 podle Seznamu zdravotních výkonů za všechna pracoviště Poskytovatele (IČP) v hodnoceném období.

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 2018 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 2020 použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti v roce 2018 srovnatelných poskytovatelů.
4. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů s výjimkou těchto výkonů vykázaných v odbornosti 001 – všeobecné praktické lékařství, 002 – praktické lékařství pro děti a dorost, 014 – zubní lékařství a v odbornosti 603 – gynekologie a 604 – dětská gynekologie bude Poskytovateli uhrazena částka ve výši 35,- Kč.
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 35 Kč. Tento výkon lze vykázat pouze v odbornostech ambulantní specializované péče s výjimkou odbornosti 603 – gynekologie a 604 – dětská gynekologie.
Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 01543 (epizoda péče) u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci všeobecného praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost nebo ambulantního gynekologa bude Poskytovateli uhrazena částka 55,- Kč. Za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření – v případě ambulantní gynekologů se tento výkon vykazuje rovněž k výkonu preventivní prohlídky a v rámci vyšetření v prenatální poradně.
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 105% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2020 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.
 - 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 105% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, sníží Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2020 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 ve znění účinném k 1.1.2020 hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.
 - 5.3. Referenčním obdobím (uvedeným v odst. 5.1. a 5.2. tohoto článku) se rozumí rok 2018. 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 2020 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2020 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 2020 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2020 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 100 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 ZÚM a ZÚLP za rok 2020.
- 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 ČR, z.s.
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 2020

56 260 Kč

/ Pokud není vyplněna hodnota, bude Poskytovateli předběžně hrazeno výkonové podle Seznamu zdravotních výkonů v základních hodnotách bodu, resp. navýšených podle odst. 1.1.9. písm. a), b), resp. odst. 1.8. písm. a), resp. odst. 1.14. písm. a).*

7. Smluvní strany se dohodly, že pro účely ocenění uznané péče v předběžných úhradách budou použity základní hodnoty bodu, resp. navýšené dle odst. 1.1.9, část a) a b), dle odst. 1.8, část a), dle odst. 1.14, část a). Ostatní navýšení bude Poskytovateli uhrazeno v rámci závěrečného finančního vyrovnání.
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 2020, 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 **zdravotní služby poskytované Zahraničním pojištěncům** budou hrazeny podle následujících ustanovení:
- 9.1. Specializované ambulantní zdravotní služby budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,23 Kč/bod.
- 9.2. Fyzioterapie a ergoterapie (odbornost 902 a 917) bude hrazena výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 0,83 Kč/bod.
- 9.3. Zdravotní služby v odbornosti 925 budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,07 Kč/bod.
- 9.4. Zdravotní služby v odbornosti 914 budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 1,09 Kč/bod.
- 9.5. Zdravotní služby v odbornostech 911, 916 a 921 budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu 0,97 Kč/bod.
- 9.6. Výkony dopravy v návštěvní službě vykázané podle Seznamu zdravotních výkonů, je-li tento druh služeb mezi smluvními stranami smluvně sjednán, budou hrazeny v hodnotě bodu ve výši 1,- Kč/bod.
- 9.7. Zdravotní služby komplementu budou hrazeny následovně:
- Výkony v odbornosti 809 s výjimkou výkonů 89611 až 89619 a 89711 až 89725 budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 1,31 Kč/bod,
 - Výkony 89611 až 89619 a 89711 až 89725 budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 0,61 Kč/bod,
 - Výkony v odbornostech 222, 801, 807, 808, 812 až 815, 817, 818, 819 a 823 budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 0,72 Kč/bod, výkony v odbornosti 802 budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 0,85 Kč/bod a výkony v odbornosti 816 budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 0,80 Kč/bod.
- 9.8. Zdravotní služby v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a odbornosti 604 – dětská gynekologie budou hrazeny v hodnotě bodu 1,12 Kč/bod.
- 9.9. Zdravotnické dopravní služby budou hrazeny výkonovým způsobem v hodnotách bodu stanovených v části II., odst. 1.9.
- 9.10. Zdravotnická záchranná služba (odbornost 709) bude hrazena výkonovým způsobem v hodnotách bodu stanovených v části II., odst. 1.10.
- 9.11. Hrazené služby poskytované Poskytovatelem přepravy pacientů neodkladné péče (odbornost 799) budou hrazeny v hodnotách bodu stanovených v části II., odst. 1.11.
- 9.12. Lékařská pohotovostní služba v odbornosti 003 bude hrazena výkonovým způsobem úhrady v hodnotě bodu stanovené v části II., odst. 1.12.
- 9.13. Zdravotní služby poskytované praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost budou hrazeny výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1,29 Kč/bod.
- 9.14. Zdravotní služby v rámci hemodialýzy v odbornosti 128 budou hrazeny výkonovým způsobem v hodnotě bodu 0,95 Kč/bod, s výjimkou výkonů 18530 a 18550, které budou hrazeny v hodnotě bodu 0,77 Kč/bod.
10. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby uvedené v odstavci 1 tohoto článku poskytnuté v roce 2020 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2020 do 31.12.2020, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2021.
11. 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 2020 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2020 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
12. 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.
13. 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 1.1.2020 do 31.12.2020.
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.