

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

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

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

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

Bankovní spojení: Česká národní banka, č. ú.: 2070101041/0710
(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné
a

Kontaktní adresa:

Poskytovatel 2) :		
IČO:	specifikace 1) :	IČZ 3):
Sídlo:		IČP 3):
		PSC :
Zástupce:		

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

DODATEK A-VÚ 2021

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **specializovaných ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých **v roce 2021** 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 **specializované ambulantní zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2021 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 výkonovým způsobem dle níže uvedených podmínek:**
 - Zdravotní služby v **odbornostech 305, 306, 308 a 309** podle Seznamu zdravotních výkonů budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,04 Kč/bod bez dalších omezení.**
 - Zdravotní služby v **odbornosti 910 – psychoterapie** a v **odbornostech 305, 306, 308 a 309** vykazované společně s ošetřovacím dnem (dále jen „OD“) denního stacionáře a v **odbornosti 901 – klinická psychologie a 931 – dětská psychologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,08 Kč/bod bez dalších omezení.**
 - Zdravotní služby v **odbornosti 927 – ortoptista, v odbornosti 905 – zrakový terapeut a v odbornosti 919 – adiktologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,01 Kč/bod bez dalších omezení.**
 - Výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 v odbornosti 403 – radiační onkologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 0,73 Kč/bod bez dalších omezení. Výkony č. 43652 a 43653 v odbornosti 403 – radiační onkologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,06 Kč/bod bez dalších omezení. Ostatní výkony odbornosti 403 – radiační onkologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,05 Kč/bod bez dalších omezení.**
 - Výkony č. 75347, 75348 a 75427 v odbornosti 705 – oftalmologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 0,74 Kč/bod bez dalších omezení. Ostatní výkony odbornosti 705 – oftalmologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,05 Kč/bod bez dalších omezení.**
 - Výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 v odbornosti 105 – gastroenterologie, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta,** budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,13 Kč/bod bez dalších omezení** a budou hrazeny na základě samostatného dodatku, pokud má takto Poskytovatel smluvně sjednáno. Ostatní výkony odbornosti **105 – gastroenterologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,05 Kč/bod bez dalších omezení.**
 - Výkony č. 73028 a 73029 v odbornosti 701 – otorinolaryngologie nebo 702 – foniatrie nebo 704 – dětská otorinolaryngologie** budou hrazeny v **hodnotě bodu 1,01 Kč/bod bez dalších omezení** a budou hrazeny na základě samostatného dodatku, pokud má takto Poskytovatel smluvně sjednáno. Výkon č. 71112 v **odbornosti 701 – otorinolaryngologie nebo 702 – foniatrie nebo 704 – dětská otorinolaryngologie** bude hrazen v **hodnotě bodu**

1,01 Kč/bod bez dalších omezení. Ostatní výkony odbornosti **701 – otorinolaryngologie nebo 702 – foniatrie nebo 704 – dětská otorinolaryngologie** budou hrazeny v hodnotě bodu **1,05 Kč/bod bez dalších omezení.**

- 1.8. Zdravotní služby v **ostatních odbornostech specializovaných ambulantních služeb** neuvedených v odstavcích 1.1. až 1.7. budou hrazeny v hodnotě bodu **1,05 Kč/bod bez dalších omezení s výjimkou výkonu č. 89312, pro který se stanovuje hodnota bodu 1,06 Kč/bod.**
2. Hodnota bodu uvedená v odst. 1.1 až 1.8 tohoto Dodatku se dále při splnění následujících podmínek **navýší o:**
- 0,04 Kč** v případě, že Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2021, 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 2021; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí Zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dní.
 - 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 ordinančních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinančních 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 ordinanční hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinanční doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinančních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinanční doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
 - 0,02 Kč** pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel v roce 2021 ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1.1.2018 do 31.12.2020 nevykázal Zdravotní pojišťovně žádný výkon, a pro návštěvy zdravotní využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje zdravotní stav.
3. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku ve výši 35,- Kč bez dalších omezení.
Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09615, který je Poskytovatel oprávněn vykazovat spolu s klinickým vyšetřením podle Seznamu zdravotních výkonů u dětí ve věku od 6 do 18 let, uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku ve výši 35 Kč.
4. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle Seznamu zdravotních výkonů, vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle Mezinárodní klasifikace nemocí, se Poskytovateli navýší úhrada o 100,- Kč, a to s výjimkou výkonů provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které Poskytovateli náleží úhrada ve výši 300,- Kč.
5. Smluvní strany se dohodly, že specializované ambulantní zdravotní služby poskytované Zahraničním pojištěncům v roce 2021 Poskytovatelem, vykázané dle Seznamu zdravotních výkonů **budou hrazeny v hodnotě bodu 1,23 Kč/bod bez dalších omezení.**
6. V rámci celkového finančního vyrovnání obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2021, na základě které dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
7. Smluvní strany se dohodly, že nad rámec smluvně sjednaných úhrad bude poskytovateli v rámci finančního vyrovnání uhrazena:
- 200,- Kč za každé ošetření pacienta s poruchou autistického spektra** Poskytovatelem v lékařské odbornosti, a to v případě, že na pojištěnce bude Poskytovatelem vykázán kód klinického vyšetření a současně bude na pacienta vykázán jeho registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství kdykoli v minulosti výkon č. 02241 – Signální kód edukace pacienta a pečující osoby pro PLDD a VPL v souvislosti s předáním průkazu osoby s PAS na základě diagnózy PAS.

IF odb101 = 1

- 500,- Kč za komplexní roční péči o polymorbidního pacienta v ambulanci internisty za rok**, a to v případě, že pojištěnec bude u Poskytovatele dispenzarizován pro minimálně 3 diagnózy v souladu s vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, tj. na pacienta musí být vykázána kombinace výkonů č. 11022 – Cílené vyšetření internistou a č. 09532 – Výkon prohlídky dispenzarizované osoby, a to nejméně pro 3 různé diagnózy podléhající dispenzarizaci.

ENDIF

IF odb103 = 1

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

ENDIF

IF odb205 = 1

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

ENDIF

IF odb706 = 1

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

ENDIF

IF bonkli

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

ENDIF

8. Smluvní strany se dohodly, že předběžná úhrada bude hrazena výkonově s hodnotami bodu uvedenými v odst. 1, resp. navýšenými podle odst. 2 písm. a), b) tohoto Dodatku. Částka odpovídající navýšení podle odst. 2 písm. c) tohoto Dodatku bude Poskytovateli uhrazena v rámci závěrečného finančního vyrovnání.
9. Smluvní strany se dohodly, že za specializované ambulantní zdravotní služby poskytnuté v roce 2021 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od **DATUM(DATE)** do 31.12.2021, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2022.
10. V návaznosti na termíny pro vykazání zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady dle předchozích ustanovení za rok 2021 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2021 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.

III.

1. Smlouvou ve smyslu tohoto Dodatku je dříve uzavřená příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“).
2. Poměry, které nejsou výslovně upraveny tímto Dodatkem, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy.
3. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí platné Smlouvy.
4. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
5. Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, a zejména způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v tomto Dodatku, se použijí pro období od **DATUM(DATE)** do 31.12.2021.
6. Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejích příloh, změn a všech dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb, bude zveřejněna na základě zákonem uložené povinnosti Zdravotní pojišťovny.
7. Smluvní strany se dohodly, že v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním.
8. Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované v souvislosti s plněním Smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.
9. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
10. Smluvní strany stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí, když jednotlivá ustanovení Dodatku jsou výsledkem vzájemné dohody smluvních stran.
11. Za Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
12. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude Dodatek uzavřen cestou datových schránek způsobem uvedeným v článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

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

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele