

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

IČO: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**
generální ředitelse sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 00 Praha 4Zapsaná: v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze
sp. zn. A 7232Bankovní spojení: Česká národní banka,
č.ú.: 2070101041/0710

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné

a

Adresat

Radek1

Radek2

Radek3

Radek4

Poskytovatel zdravotních služeb²⁾ : NazevIČO: ICO specifikace¹⁾: Vars IČZ: iczHlavni

Sídlo: PZSRadek1

PZSRadek2

PZSRadek3

PZSRadek4

Zástupce: StatutarTitulPred StatutarJmeno StatutarPrijmeni StatutarTitulZa StatutarFunkce

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé

uzavírají po dohodě tento

Úhradový dodatek UhdTypNazev

(dále jen „Dodatek“)

I.

1. Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše **úhrady specializovaných ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce Rok Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie, pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast zdravotní péče (dále jen „Zahraniční pojištěnec“).
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 případě, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

1. Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce Rok 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 podle Přílohy č. 3 vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025** (dále jen „Vyhláška“). Smluvní strany se dále dohodly, že za účelem zajištění dostupnosti zdravotních služeb v souladu s Memorandem uzavřeným dne 31. 10. 2024 za účelem udržení a zlepšování dostupnosti zdravotní péče a zajištění stability poskytování specializované ambulantní péče tímto společně a nad rámec znění Vyhlášky sjednávají, že:

- a) ustanovení Přílohy č. 3 Vyhlášky se v části A), bodě 1, písm. j, v odst. iii. a dále v části A), bodě 2, písm. e), v bodě iii. (navýšení hodnoty bodu) pro účely tohoto Dodatku a vzájemného smluvního vztahu doplňuje o následující ustanovení:
„ , nebo 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 10 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal Zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a zároveň poskytovatel v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin,“
- b) ustanovení Přílohy č. 3 Vyhlášky se v části A), bodě 3, písm. d) (definice parametru KN, tj. koeficientu navýšení) pro účely tohoto Dodatku a vzájemného smluvního vztahu doplňuje o následující ustanovení:
„ , nebo hodnoty 0,04 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 10 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal Zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a zároveň poskytovatel v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin,“

/**[local-name() = 'PrilohaB'] = '1'

- Smluvní strany se dohodly, že zdravotní **služby specifikované v Příloze B** Dodatku, která je jeho nedílnou součástí, budou hrazeny ve výši a způsobem popsaným v Příloze B, přičemž na tyto služby se nevztahuje navýšení podle Přílohy č. 3, části A), bodě 1, písm. j) Vyhlášky ve znění doplněném tímto Dodatkem.

/**[local-name() = 'centra'] = '1'

- Smluvní strany se dohodly, že nad rámec limitace úhrady uvedené v Příloze č. 3 Vyhlášky budou uhrazeny ZÚLP, označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., předepisované na specializovaném pracovišti (dále jen „centrové léky“). Úhrada za centrové léky za referenční období nebude započtena do hodnoty PUROo definované v odst. 1 tohoto článku.

/**[local-name() = 'centra'] = '2'

- Smluvní strany se dohodly, že nad rámec limitace úhrady uvedené v odst. 1 tohoto článku budou uhrazeny ZÚLP, označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., předepisované na specializovaném pracovišti (dále jen „centrové léky“). Úhrada za centrové léky za referenční období bude odečtena při výpočtu hodnoty PUROo definované v odst. 4 tohoto článku. Maximální počet pojištěnců Zdravotní pojišťovny, u nichž bude v roce Rok léčba, nepřekročí centra_poj. Smluvní strany se výslovně dohodly, že v případě každého dalšího pacienta nad rámec maximálního počtu dle předchozí věty, již Poskytovateli vůči Zdravotní pojišťovně nevznikne nárok na úhradu centrových léků na léčbu takového pacienta.

/**[local-name() = 'centra'] = '3'

- Smluvní strany se dohodly, že nad rámec limitace úhrady uvedené v odst. 1 tohoto článku budou uhrazeny ZÚLP, označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., předepisované na specializovaném pracovišti (dále jen „centrové léky“). Úhrada za centrové léky za referenční období bude odečtena při výpočtu hodnoty PUROo definované v odst. 4 tohoto článku. Úhrada za centrové léky bude omezena smluvně sjednanou maximální úhradou ve výši **centra_kc Kč**. Smluvní strany se výslovně dohodly, že v případě každého dalšího pacienta nad rámec maximální úhrady dle předchozí věty již Poskytovateli vůči Zdravotní pojišťovně nevznikne nárok na úhradu centrových léků na léčbu takového pacienta.

- Smluvní strany se dohodly, že regulační omezení budou uplatňována dle podmínek a způsobem stanoveným pro ambulantní specializované hrazené služby podle příslušných ustanovení části B) Přílohy č. 3 Vyhlášky, přičemž **regulace budou uplatněny na rozdíl od způsobu stanoveného Vyhláškou bez rozlišení na jednotlivé odbornosti**.

2. 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 53 Kč bez dalších omezení. Pro výkony 09555 až 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.

/**[local-name() = 'VariantaUhradyKod'] = '6'

3. Zdravotní služby vykázané Poskytovatelem budou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vykáže menší objem poskytnutých zdravotních služeb, než jaký odpovídá výši maximální měsíční předběžné úhrady, bude Poskytovateli v daném měsíci zaplacen výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Poskytovatel v dalším měsíci vykáže vyšší objem poskytnutých zdravotních služeb, bude výše maximální měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

Maximální měsíční předběžná úhrada pro rok Rok	MaxZaloha Kč
---	---------------------

/ Pokud není vyplněna hodnota, bude Poskytovateli předběžně hrazeno výkonově podle Seznamu zdravotních výkonů s hodnotami bodu uvedenými v Příloze č. 3 Vyhlášky.*

/**[local-name() = 'VariantaUhradyKod'] = '3'

4. Protože uplatňovaný způsob úhrady neumožňuje průběžné zúčtování, bude Zdravotní pojišťovna hradit vykázané zdravotní služby Poskytovateli předběžnou úhradou na jednoho ošetřeného unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny.

/ Pokud není vyplněna hodnota, bude Poskytovateli předběžně hrazeno výkonově podle Seznamu zdravotních výkonů s hodnotami bodu uvedenými v Příloze č. 3 Vyhledávkový.*

/[local-name() = 'Odblek'] = '1'*

5. Smluvní strany se dohodly, že nad rámec smluvně sjednaných úhrad bude Poskytovateli v rámci finančního vyrovnání uhrazeno:

- **200 Kč za každé ošetření pacienta s poruchou autistického spektra** Poskytovatelem v **klinické odbornosti nebo v** odbornosti 903 klinická logopedie, a to v případě, že na pojištěnce bude Poskytovatelem vykázan kód klinického vyšetření a současně bude na pacienta vykázan jeho registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství (dále jen „VPL“) kdykoli v minulosti výkon č. 02241 – Signální kód edukace pacienta a pečující osoby pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost a VPL v souvislosti s předáním průkazu osoby s PAS na základě diagnózy PAS.
- **za včasné přijetí pacienta po propuštění z hospitalizace s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa** (odbornost 107 kardiologie) ve výši 400,- Kč; 300,- Kč za využití telemedicínského přístupu v rámci dispenzární péče o tohoto pacienta a 300,- Kč, resp. 200,- Kč za kvalitu poskytované dispenzární péče u všech pacientů s daným onemocněním za podmínky, že tento pacient takto převzatý do dispenzární péče nebude následně pro dané onemocnění v roce 2025 již hospitalizován. Vykazování předmětné péče je podmíněno dodržením podmínek Přílohy K Dodatku – Bonifikační program pro ambulantní kardiologu za kompenzaci pacientů se srdečním selháním.

/[local-name() = 'Odblek'] = '1' and (/*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '108') or (/*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '128'))*

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

6. Smluvní strany se dohodly, že za specializované ambulantní zdravotní služby poskytnuté v roce Rok se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od PlatnostOd do 31. 12. Rok, které Poskyvatel vykáže do 31. 3. RokPristi.
7. V návaznosti na termíny pro vykázaní zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady dle předchozích ustanovení za rok Rok nejpozději do 150 dnů po skončení roku Rok s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
8. Poskyvatel 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.
9. 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 Poskyvatel požádat Zdravotní pojišťovnu o navýšení úhrady. Žádost musí být písemná a musí obsahovat konkrétní objektivní důvody požadovaného navýšení úhrady. Zdravotní pojišťovna posoudí relevanci Poskytovatelem uvedených důvodů a uzná-li jeho žádost jako důvodnou, může nárůst poskytnutých hrazených služeb částečně nebo plně zohlednit a odpovídajícím způsobem následně upravit výslednou celkovou výši úhrady vypočtenou dle příslušných odstavců tohoto článku.

III.

1. Smlouvou ve smyslu tohoto Dodatku je dříve uzavřená příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“).
2. Poměry, které nejsou výslovně upraveny tímto Dodatkem, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy.
3. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí platné Smlouvy.
4. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
5. Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, a zejména způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v tomto Dodatku, se použijí pro období od PlatnostOd do PlatnostDo.
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 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 <small>//*[local-name() = 'UsekZzKod'] !=</small> dne _____	V _____ dne _____
_____ za Zdravotní pojišťovnu	_____ za Poskytovatele

((//*[local-name() = 'Odblek'] = '1') and ((//*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '108') or (//*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '128'))

Příloha C - Úhrada za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny

1. Smluvní strany se dohodly, že pro níže stanovené hrazené zdravotní služby a v souladu s Dodatkem se stanovuje úhrada nad rámec smluvně sjednaných úhrad ve výši:

Signální kód	Výkon / Podmínky úhrady	Popis	Výše úhrady (Kč)
76661	<p><u>Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu</u></p> <p>Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128</p> <p>Výkon nesmí být na jednoho pojištěnce vykázán opakovaně (jedná se o primovyšetření)</p> <p>Omezení frekvence: 1x za život</p>	<p>Výkon signalizuje zahájení vyšetřování pacienta s chronických renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledviny, který je již dialyzovaný (pravidelná péče prostřednictvím dialyzačních nebo hemoeliminačních metod nebo peritoneální dialýzy).</p>	3 000,-
76662	<p><u>Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu</u></p> <p>Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128</p> <p>U pacienta nebyl v době před provedením výkonu vykázán žádný z výkonů hemodialyzační péče</p> <p>Výkon nesmí být na jednoho pojištěnce vykázán opakovaně (jedná se o primovyšetření)</p> <p>Omezení frekvence: 1x za život</p>	<p>Výkon signalizuje zahájení vyšetřování pacienta s chronickým renálním selháním, u kterého progresse onemocnění předpokládá zahájení dialyzační léčby nejpozději do jednoho roku od zahájení vyšetřování.</p>	4 500,-
76663	<p><u>Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu</u></p> <p>Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128</p> <p>U pacienta byl vykázán signální kód 76661.</p> <p>Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon 51902 v kombinaci se signálním kódem 76665 nebo 76666.</p> <p>Omezení frekvence: 1x za život</p>	<p>Výkon signalizuje ukončení procesu vyšetřování vhodnosti pacienta, který byl již zařazen do dialyzačního programu, a vykazuje jej Poskytovatel, který indikoval pacienta k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení/nezařazení pacienta na čekací listinu.</p>	7 000,-
76664	<p><u>Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu</u></p> <p>Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128</p> <p>U pacienta byl vykázán signální kód 76662.</p> <p>Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon 51902 v kombinaci se signálním kódem 76665 nebo 76666.</p> <p>Omezení frekvence: 1x za život</p>	<p>Výkon signalizuje ukončení procesu vyšetřování vhodnosti pacienta, který je u Poskytovatele v predialyzační péči nebo u něhož bylo zahájeno vyšetřování v době, kde byl v predialyzační péči (tj. byl vykázán výkon 76662). Výkon je vykazován Poskytovatelem, který indikoval pacienta k vyšetření, poté, co tento obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení /nezařazení pacienta na čekací listinu.</p>	10 500,-
76667	<p><u>Vyšetření žijícího dárce ledviny</u></p> <p>Vykazuje Poskytovatel v odbornosti 108 nebo 128 nebo transplantační centra v případě, že indikují vhodného dárce ledviny.</p>	<p>Výkon se vykazuje při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny.</p> <p>Výkon se vykazuje na číslo pojištěnce Pojišťovny, který je příjemcem orgánu.</p>	20 000,-

2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených zdravotních služeb uvedených v bodě 1:

a) Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor

vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantační společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.

- b) Hrazené zdravotní služby uvedené v bodě 1 nejsou hrazeny v případě Zahraničních pojištěnců.
- c) Hrazené zdravotní služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří jsou již dle získaných anamnestických dat nevhodnými kandidáty k transplantaci ledviny. V žádném případě nesmí být výkony vykázány na pacienty, u kterých je zaznamenána některá z níže uvedených klíčových kontraindikací k transplantaci ledviny:
 - 1. předpokládaná doba přežití nemocného je menší než jeden rok,
 - 2. reverzibilní renální selhání,
 - 3. jaterní cirhóza (Child-Pugh skóre je B-C),
 - 4. přítomnost chronických infekcí (nevléčitelná tuberkulóza, AIDS, HIV infekce s výjimkou nemocných s negativní virémií, nevléčitelná (replikující) HBV či HCV),
 - 5. pokročilá CHOPN, zejména se závislostí na kyslíku,
 - 6. pokročilá chronické srdeční selhání s EF (ejekční frakce) < 20%, závažné neřešitelné postižení koronárních tepen,
 - 7. (medikamentózně) nekontrolovatelné psychiatrické onemocnění,
 - 8. aktivní abúzus,
 - 9. nedostatek kognitivní kapacity k činění zodpovědných rozhodnutí,
 - 10. pokročilá obliterativní choroba periférních cév,
 - 11. morbidní obezita (obvykle BMI > 40kg/m²),
 - 12. nevléčené maligní onemocnění,
 - 13. prokazatelné non-compliance nemocného s léčebným režimem/medikací.
- d) výkony budou vykazovány pouze na dokladu 01.
- e) výkony budou prováděny a vykazovány dle výše uvedeného schématu.
- f) pokud dojde u pojištěnce v průběhu vyšetřování ke změně dialyzačního střediska nebo ošetřujícího lékaře v odbornosti 108 (tj. jeden poskytovatel zahájil vyšetřování a vykázal výkon 76661 nebo 76662), předá dokumentaci druhému poskytovateli a ten si vykáže výkon ukončení vyšetřování (tj. výkon 76663, nebo 76664).

3. Účastníci programu

- a) Do programu jsou zapojeni smluvní Poskytovatelé v odbornostech 108 nebo 128
- b) Do programu jsou zapojena tato transplantační centra, která provádějí transplantace ledviny:
 - 1. Institut klinické a experimentální medicíny Praha
 - 2. Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno
 - 3. Fakultní nemocnice Plzeň
 - 4. Fakultní nemocnice Hradec Králové
 - 5. Fakultní nemocnice Ostrava
 - 6. Fakultní nemocnice Olomouc

(/*[local-name() = 'Odblek'] = '1') and ((/*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '108') or (/*[local-name() = 'SmlOdbornostKod'] = '128')) and (/*[local-name() = 'UsekZzKod'] != '3')

V Praze

dne

V

dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele

Příloha K**BONIFIKAČNÍ PROGRAM PRO AMBULANTNÍ KARDIOLOGY ZA KOMPENZACI
PACIENTŮ SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM****Obecné podmínky pro vstup do programu**

- pojištěnec není pro danou dg. (I 50.x) v dispenzární péči u jiného poskytovatele;
- Poskytovatel má uzavřenu s OZP Smlouvu o poskytování a úhradě hrazené péče pro odb. 107 – kardiologie;
- Poskytovatel má s OZP uzavřen a podepsán základní úhradový dodatek na období, k němuž se vztahuje hodnocené období pro tento bonifikační program;
- Poskytovatel daného pojištěnce dispenzarizuje/bude dispenzarizovat pro dg. srdečního selhání (I 50.x);
- Poskytovatel provádí dispenzární péči v souladu s Vyhláškou č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči
- Poskytovatel vykazuje poskytnutou péči pojišťovně k úhradě v souladu s výkony uvedenými Vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, event. zařazenými v externím číselníku výkonů a to v souladu s platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů;
- Poskytovatel má v rozsahu péče nasmlouvány mj. i dále uvedené výkony; pokud nikoli, požádá OZP o jejich dosmlouvání a výkony mu budou do rozsahu péče doplněny:
 - *Komplexní vyšetření kardiologem (17021)*
 - *Cílené vyšetření kardiologem (17022)*
 - *Kontrolní vyšetření kardiologem (17023)*
 - *Výkon prohlídky dispenzarizované osoby (09532)*
 - *EKG vyšetření specialistou (17111)/EKG vyšetření (09127)*
 - *Specializované echokardiologické vyšetření (17261)/Vysoce specializované echokardiologické vyšetření (17271)*
 - *Telemedicína – videokonzultace vzdáleným přístupem (09821)/Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem (09513)*
 - v případě, že Poskytovatel doloží příslušné přístrojové vybavení, může požádat o nasmlouvání výkonu *Stanovení pro BNP v ordinaci (01148)*.

Cíle programu:

- zlepšení kvality života pacientů s dg. I 50.x;
- včasné převzetí pacienta po propuštění z hospitalizace pro nově zjištěné onemocnění s dg. I 50.x do dispenzární péče ambulantního kardiologa;
- zlepšení kvality poskytované péče o pacienty s danou dg. a zajištění jejich kompenzace;
- zlepšení spolupráce pacienta s ošetřujícím lékařem při dodržování léčebných a režimových opatření;
- snížení rizika vzniku dalších komplikací daného onemocnění;
- snížení nákladů na léčbu komplikací souvisejících s daným onemocněním, včetně omezení hospitalizací pacientů s danou dg. z důvodu jejich dekompenzace

Program je založen na hodnocení 3 následujících pilířů:

- včasné přijetí pacienta po propuštění z hospitalizace s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa do 2 týdnů po dimisi;
- vyhodnocení kvality poskytované dispenzární péče u všech pacientů s daným onemocněním;
- sledování pacienta s daným onemocněním s využitím telemedicínského přístupu

Hodnocené období:

1 rok (kalendářní)

Vyhodnocení programu:

- 1. pilíř: včasné přijetí pacienta po propuštění z hospitalizace s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa*
 - za každého nově dg. pacienta propuštěného z hospitalizace a přijatého do dispenzární péče ambulantním kardiologem v hodnoceném období do 2 týdnů po dimisi obdrží Poskytovatel částku 400 Kč
- 2. pilíř: kvalita poskytované dispenzární péče u všech pacientů s daným onemocněním*
 - za každého pacienta, u kterého bude evidováno, že mu byly alespoň 1x za hodnocené období provedeny následující výkony, obdrží Poskytovatel částku 300 Kč
 - v případě pacientů, kteří absolvují první návštěvu kardiologa ve 2. polovině hodnoceného období a Poskytovatel stačí naplnit z časových důvodů celý pouze 1. pilíř, přičemž 2. pilíř bude neúplný, ale bude provedeno alespoň klinické vyšetření a EKG, bude Poskytovateli vyplacena za tento pilíř zohledňující částka 200 Kč
- 3. pilíř: využití telemedicínského přístupu*
 - za každého pacienta, u kterého bude evidováno provedení distanční péče vykázané následujícími výkony, obdrží Poskytovatel částku 300 Kč
 - vyhodnocení bude provedeno ze strany OZP bez nutnosti jakékoli další aktivity Poskytovatele;
 - každý z uvedených pilířů bude vyhodnocen samostatně a Poskytovateli bude výsledná dosažená částka oznámena a následně vyplacena po skončení hodnoceného období v rámci finančního vyrovnání;
 - podmínkou vyplacení částky za konkrétního pacienta je, že pacient v hodnoceném období nebude hospitalizován pro dg. I50.x;
 - v případě zapojení Poskytovatele do programu neuplatní OZP za hodnocené období vůči tomuto Poskytovateli regulační srážku za preskripci LP.

Metodika programu:

- 1. pilíř: včasné přijetí pacienta po propuštění z hospitalizace s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa*
 - 1) Na pacienta s prvně stanovenou dg. srdečního selhání při hospitalizaci budou do 2 týdnů po dimisi vykázano ambulantním kardiologem:
 - dg. pojištění dg. I50.x
 - Komplexní vyšetření kardiologem (17021) v případě pacienta u Poskytovatele v minulosti nikdy neléčeného pro jinou dg. nebo
 - Cílené vyšetření kardiologem (17022) v případě pacienta již léčeného u Poskytovatele pro jinou dg.
 - 2) Pacientovi bude předepsán alespoň jeden z uvedených LP:
 - inhibitory ACE (Captopril C09AA01, Enalapril C09AA02, Lisinopril C09AA03, Ramipril C09AA05, Trandolapril C09AA10)

- ARNI (Sacubitril/valsartan C09DX04)
- beta-blokátory (Bisoprolol C07AB07, Carvediol C07AG02, Metoprolol sukcinát C07AB02, Nebivolol C07AB12)
- MRA (Eplerenon C03DA04, Spironolacton C03DA01, Kerendia C03DA05)
- Inhibitory SGLT2 (Dapagliflozin AIOBK01, Empagliflozin AIOBK03)
- další přípravky (Candesartan, Losartan, Valsartan, Ivabradin, Vericiguat, Digoxin, Hydralazin/izosorbid dinitrát)
- různé (karboxymaltóza, derizomaltóza)

2. *pilíř: kvalita poskytované dispenzářní péče u všech pacientů s daným onemocněním*

1) Poskytovatel vykáže v průběhu hodnoceného období 1 roku na daného pojištěnce s dg. I50.x alespoň 1x ročně:

- Cílené vyšetření kardiologem (17022)
nebo
- Kontrolní vyšetření kardiologem (17023)
- Výkon prohlídky dispenzarizované osoby (09532)
- Stanovení natriuretických peptidů v séru a v plazmě (laboratorní výkon odb. 801 = 81731); lze i formou POCT metody v ordinaci = Stanovení pro BNP v ordinaci (01148)
- EKG vyšetření specialistou (17111)
nebo
- EKG vyšetření (09127)
- Specializované echokardiologické vyšetření (17261)
nebo
- Vysoce specializované echokardiologické vyšetření (17271)

2) Pacient medikuje nadále alespoň jeden z uvedených LP:

- inhibitory ACE (Captopril C09AA01, Enalapril C09AA02, Lisinopril C09AA03, Ramipril C09AA05, Trandolapril C09AA10)
- ARNI (Sacubitril/valsartan C09DX04)
- beta-blokátory (Bisoprolol C07AB07, Carvediol C07AG02, Metoprolol sukcinát C07AB02, Nebivolol C07AB12)
- MRA (Eplerenon C03DA04, Spironolacton C03DA01, Kerendia C03DA05)
- Inhibitory SGLT2 (Dapagliflozin AIOBK01, Empagliflozin AIOBK03)
- další přípravky (Candesartan, Losartan, Valsartan, Ivabradin, Vericiguat, Digoxin, Hydralazin/izosorbid dinitrát)
- různé (karboxymaltóza, derizomaltóza)

3. *pilíř: využití telemedicínského přístupu*

1) Na základě on line předané žádanky pacientovi pro provedení vyšetření:

- Stanovení natriuretických peptidů v séru a v plazmě (81731)
nebo
- Stanovení pro BNP v ordinaci (01148)

2) a po obdržení výsledků bude Poskytovatel iniciovat distanční kontakDA05t s pacientem, který vykáže výkonem:

- Telemedicína – videokonzultace vzdáleným přístupem (09821)
nebo
- Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem (09513)