

Dodatek č. 89 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 8P47B017 (dále jen „Smlouva“)
(Motivační program VZP PLUS pro praktické lékaře pro děti a dorost)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Rokycanská nemocnice, a.s.
Sídlo (obec):	Rokycany
Ulice, č.p., PSČ:	Voldušská 750, 337 01
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud v Plzni, oddíl C, vložka 1071, dne 26. 8. 2003	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Zdeněk Švanda, předseda představenstva, MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M., místopředseda představenstva, Ing. Michal Filař, člen představenstva. Za představenstvo jedná jménem společnosti vždy dva členové představenstva společně.
IČ:	26360900
IČZ:	47106000

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Plzeň, pobočka pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	
Doručovací adresa (obec):	Plzeň
Ulice, č.p., PSČ:	Sady 5. května 59, 306 30

(dále jen „Pojišťovna“) na straně druhé

Článek I. Úvodní ustanovení

- Smluvní strany s cílem udržet a posilovat dostupnost hrazených služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, podporovat poskytování preventivní péče, hodnotit kvalitu hrazených služeb a zvyšovat účelnost a vzájemnou koordinaci poskytovaných hrazených služeb uzavírají tento Dodatek ke Smlouvě (dále jen „Dodatek“), kterým Poskytovatel vstupuje do Motivačního programu VZP PLUS pro praktické lékaře pro děti a dorost (dále jen „program VZP PLUS“).
- Smluvní strany se v souladu s § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem, který vstoupil do programu VZP PLUS a uzavřel s Pojišťovnou základní úhradový dodatek č. 87 ke Smlouvě č. 8P47B017 (dále jen „standardní úhradový dodatek“), bude v období vyplývajícím z článku X. odst. 2 tohoto Dodatku navýšena způsobem dále uvedeným v tomto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že tato dohoda upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby

a regulačních omezení pro rok 2024 (dále jen „Vyhláška“). Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

4. Hodnoceným obdobím se pro účely programu VZP PLUS rozumí rok 2025, přičemž do hodnoceného období budou zahrnuty hrazené služby poskytnuté poskytovateli zdravotních služeb v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025, vykázané nejpozději do 5. 3. 2026 a uznané Pojišťovnou.

Článek II. Předmět Dodatku

1. Předmětem tohoto Dodatku je úprava vzájemných vztahů smluvních stran při realizaci programu VZP PLUS, přičemž tento program je realizován jen u těch poskytovatelů, kteří se s Pojišťovnou dohodli na úhradě poskytovaných služeb formou kombinované kapitačně výkonové platby a kteří splní níže uvedené podmínky účasti v programu VZP PLUS.
2. Cílem programu VZP PLUS je především:
 - a) udržení a posílení sítě poskytovatelů praktického lékařství pro děti a dorost, a to s ohledem na počet pojištěnců Pojišťovny a věkovou strukturu poskytovatelů v daném regionu,
 - b) podpora poskytování preventivní péče pojištěncům Pojišťovny,
 - c) hodnocení kvality hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny s vybraným chronickým onemocněním,
 - d) hodnocení komplexní nákladovosti kmene pojištěnců Pojišťovny registrovaných na pracovištích Poskytovatele.
3. Za účelem naplnění cílů uvedených v odst. 2 tohoto Článku vzniká Poskytovateli nárok na jednotlivé složky bonifikace, pokud splní uvedené podmínky a parametry definované pro každou složku bonifikace.

Článek III. Podmínky účasti v programu VZP PLUS

1. Poskytovatel na všech svých pracovištích (IČP) praktického lékařství pro děti a dorost (odbornost 002) poskytuje hrazené služby za těchto podmínek:
 - a) V rozsahu minimálně 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dní týdně, přičemž rozložení ordinačních hodin (dopolední, odpolední) je přizpůsobeno lokální situaci a potřebám pojištěnců Pojišťovny. Tato podmínka se považuje za nesplněnou, pokud Poskytovatel na daném pracovišti sníží rozsah ordinačních hodin pod hranici uvedenou ve větě první. V případě, že u Poskytovatele poskytuje hrazené služby jediný lékař (nositel výkonů) na více pracovištích (IČP), posuzuje se rozsah ordinačních hodin ve smyslu věty první za jednotlivá pracoviště (IČP) společně jako celek. Obdobně se postupuje i v případě Poskytovatele, který poskytuje hrazené služby na více místech poskytování (konkrétně na více IČP), pokud na těchto IČP poskytuje hrazené služby jeden lékař (nositel výkonů) v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně (v celku za IČP) a tohoto lékaře doplňuje další maximálně jeden lékař. Podmínka rozsahu ordinačních hodin ve smyslu písm. a) je tak považována za splněnou v případě, že je splňují v souhrnu všechna společně hodnocená pracoviště.
 - b) Za ordinační dobu se považuje ordinační doba sjednaná v příloze č. 2 Smlouvy, ve které je v ordinaci pro pojištěnce Pojišťovny dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí (tj. v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, pediatrie nebo dětského lékařství s kvalifikačním kurzem) daného pracoviště (IČP), za kterého se považuje nositel výkonů kategorie „L3“ dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále „Seznam výkonů“). Do ordinační doby není započítávána návštěvní služba a administrativní činnost.
2. Poskytovatel na každém z pracovišť praktického lékařství pro děti a dorost registruje pojištěnce Pojišťovny alespoň v rozsahu vypočteném následujícím způsobem:

$$300 \text{ registrovaných pojištěnců Pojišťovny} \times KPP_{\text{okres}}$$

kde

KPP_{okres} je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, ve kterém na daném pracovišti Poskytovatel poskytuje hrazené služby, stanovený dle přílohy č. 9 Vyhlášky.

Za registraci se považuje registrace nahlášená Pojišťovně a uznaná v Kapitačním centru.

U nově smluvně sjednaného pracoviště Poskytovatele se tato podmínka považuje za splněnou, pokud Poskytovatel na tomto pracovišti zaregistruje do konce hodnoceného období alespoň takový počet pojištěnců Pojišťovny, který odpovídá alikvótnímu počtu měsíců, po které bude v hodnoceném období Poskytovatel na daném pracovišti poskytovat hrazené služby.

3. Poskytovatel bez zákonem předpokládaného důvodu (§ 48 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách) neodmítá na svých pracovištích přijímat pojištěnce Pojišťovny do péče a předává Pojišťovně

hlášení v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, přičemž Poskytovatel je povinen průběžně registrovat nové pojištěnce Pojišťovny do péče na pracovištích (IČP), na kterých je registrováno méně pojištěnců Pojišťovny, než je předpokládaná kapacita pracoviště vypočtená takto:

$$1\ 800 \text{ registrovaných přepočtených pojištěnců Pojišťovny} \times KPP_{\text{okres}}$$

kde

KPP_{okres} je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, ve kterém na daném pracovišti Poskytovatel poskytuje hrazené služby, stanovený dle přílohy č. 9 k Vyhlášce.

Podmínka se považuje za nesplněnou, pokud Poskytovatel na takovém pracovišti na výzvu Pojišťovny v průběhu roku 2025 nejméně 3x prokazatelně odmítne bez řádných důvodů přijmout do péče (registrovat) pojištěnce Pojišťovny a ze strany Pojišťovny je mu toto jednání pokaždé písemně vytknuto.

4. Poskytovatel vede funkční objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se na pevnou dobu v předem vymezených časech na každý pracovní den a zajišťuje čekací dobu, která obvykle nepřesáhne 15 minut. Za objednávkový systém se považuje možnost elektronického objednávání, objednání e-mailem, telefonicky případně osobně.
5. Poskytovatel komunikuje s Pojišťovnou prostřednictvím VZP POINT a předává dávky dokladů a faktury za poskytnuté hrazené služby elektronicky (prostřednictvím VZP POINT, resp. prostřednictvím svého SW s využitím B2B služeb).
6. Poskytovatel provedl a vykázal u pojištěnců Pojišťovny ve věku od 3 do 19 let za období roku 2022 a 2023 preventivní prohlídku vykázanou výkonů č. 02021, 02022, 02031 nebo 02032 dle Seznamu výkonů v následujícím rozsahu: podíl preventivních prohlídek v roce 2022 a roce 2023 u pojištěnců ve věku 3 – 19 let registrovaných k 31.12.2022, resp. 31. 12. 2023 na všech pracovištích Poskytovatele v odbornosti 002 činí v průměru alespoň 30 %. V případě poskytovatele, který v některém z výše uvedených období nemá vlastní referenční hodnoty, se tato podmínka považuje za splněnou.
7. Poskytovatel vykazuje níže uvedené signální výkony VZP definující rizikovost kmene jím registrovaných pojištěnců Pojišťovny od 3 let věku, a to k výkonům č. 02021, 02022, 02031 nebo 02032 dle Seznamu výkonů:
 - a) 02325 – (VZP) Pacient bez rizikových faktorů (*pozn. Vykazuje se u pacientů, kteří mají nízké riziko, resp. není u pacienta identifikován zvýšený rizikový faktor, tj. faktor, který by znamenal další plánovanou návštěvu registrovaného pacienta dříve, než v rámci preventivní prohlídky.*)
 - b) 02326 – (VZP) Pacient s rizikovým faktorem nebo hmotnostně výškový poměr/BMI index do 90. percentilu (*pozn. Vykazuje se u pacientů, kteří mají nějaký rizikový faktor, tj. u registrovaného pacienta se předpokládá další sledování nad rámec preventivní prohlídky a další plánovaná návštěva u PLDD nebo je u něj změřen hmotnostně výškový poměr/index BMI odpovídající 25. – 90. percentilu.*)
 - c) 02327 – (VZP) Pacient s rizikovým faktorem nebo hmotnostně výškový poměr/BMI index od 90. do 97. percentilu (*pozn. Vykazuje se u pacientů, kteří mají nějaký rizikový faktor, tj. u registrovaného pacienta se předpokládá další sledování nad rámec preventivní prohlídky a další plánovaná návštěva u PLDD nebo je u něj změřen hmotnostně výškový poměr/index BMI odpovídající 90. – 97. percentilu.*)
 - d) 02328 – (VZP) Pacient s rizikovým faktorem nebo hmotnostně výškový poměr/BMI index od 97. percentilu (*pozn. Vykazuje se u pacientů, kteří mají nějaký rizikový faktor, tj. u registrovaného pacienta se předpokládá další sledování nad rámec preventivní prohlídky a další plánovaná návštěva u PLDD nebo je u něj změřen hmotnostně výškový poměr/index BMI odpovídající hodnotám více než 97. percentilu.*)
8. V případě, že nebudou podmínky uvedené v odst. 1, 4 a 5 tohoto článku Poskytovatelem splňovány od data akceptace Dodatku do 31. 12. 2025, zaniká účast Poskytovatele v programu VZP PLUS a ztrácí nárok na všechny bonifikace vyplývající z tohoto Dodatku od 1. dne měsíce, v němž tyto podmínky přestal splňovat.
9. V případě, že nebudou podmínky uvedené v odst. 2 a 3 tohoto článku Poskytovatelem splňovány od data akceptace Dodatku do 31. 12. 2025, ztrácí Poskytovatel v programu VZP PLUS nárok na bonifikace za nově registrované pojištěnce Pojišťovny vyplývající z Článku V. odst. 3 tohoto Dodatku.

Článek IV. Preferované oblasti

1. Za účelem zajištění dostupnosti Pojišťovna definuje tzv. preferované oblasti, které jsou na základě multikriteriálních analýz považovány za potenciálně ohrožené sníženou dostupností hrazených služeb v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost (dále „Preferovaná oblast“).
2. Poskytovatel poskytuje hrazené služby v některé z Preferovaných oblastí na těchto pracovištích:

Preferovaná oblast	IČP	Adresa IČP (ulice, město)	Datum OD*	Datum DO**

* Datum OD – je datum, od kterého je v roce 2025 oblast zařazena mezi preferované oblasti

** Datum DO – je datum, do kterého v roce 2025 patří oblast mezi preferované oblasti

3. V případě, že je Poskytovatel zapojen v programu VZP PLUS a v průběhu roku 2025 nově dojde k zařazení oblasti, ve které Poskytovatel poskytuje hrazené služby na některém ze svých pracovišť, do Preferované oblasti, Pojišťovna je povinna tuto skutečnost Poskytovateli oznámit.

Článek V. Podpora DOSTUPNOSTI

1. **Bonifikace za vstup do programu VZP PLUS** bude realizována formou navýšení základní kapitační sazby sjednané v článku II. odst. 1 standardního úhradového dodatku o **4 Kč** na jednoho přepočteného pojištěnce Pojišťovny registrovaného na pracovištích Poskytovatele odbornosti 002, a to od 1. dne kalendářního měsíce, v němž se Poskytovatel v souladu s Článkem X. odst. 2 tohoto Dodatku zapojil do programu VZP PLUS.
2. **Bonifikace za poskytování hrazených služeb na pracovišti Poskytovatele v Preferované oblasti** bude realizována formou navýšení hodnoty bodu sjednané ve standardním úhradovém dodatku o 0,08 Kč, a to u pracovišť Poskytovatele uvedených v Článku IV. tohoto Dodatku, a to od 1. dne kalendářního měsíce, v němž se Poskytovatel v souladu s Článkem X. odst. 2 tohoto Dodatku zapojil do programu VZP PLUS, avšak nejdříve od data zařazení oblasti mezi Preferované oblasti uvedeného v článku IV. odst. 2 tohoto Dodatku.
3. **Bonifikace za registraci nových pojištěnců Pojišťovny do péče pracovišť Poskytovatele ve výši až 1 300 Kč** bude realizována formou úhrady za každého nově registrovaného pojištěnce na daném pracovišti Poskytovatele odbornosti 002, přičemž výsledná výše bonifikace se vypočte takto:

- a) Základní výše bonifikace je stanovena ve výši **200 Kč** za každého nově registrovaného pojištěnce Pojišťovny do péče daného pracoviště Poskytovatele odbornosti 002.

Nově registrovaným pojištěncem se rozumí takový pojištěnec Pojišťovny, u něhož jsou současně splněny tyto podmínky:

- pojištěnec nebyl v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2024 v pravidelné péči žádného z pracovišť Poskytovatele odbornosti 002, tj. žádným z pracovišť Poskytovatele na něj nebyly vykázány výkony č. 02021, 02022, 02031 nebo 02032 dle Seznamu výkonů,
- pojištěnec nebyl v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2024 na žádném z pracovišť Poskytovatele odbornosti 002 registrován (tj. nebyla evidována registrace v Kapitačním centru),
- v hodnoceném období byla uznána registrace tohoto pojištěnce v Kapitačním centru,
- Poskytovatel na tohoto pojištěnce v hodnoceném období vykázal výkon č. 02021 nebo 02031 dle Seznamu výkonů.

V případě, že dojde k uznání registrace v hodnoceném období na více pracovištích Poskytovatele, započítává se pouze registrace evidovaná na pracovišti Poskytovatele s poslední platnou registrací.

- b) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších **600 Kč**, pokud dané pracoviště Poskytovatele odbornosti 002, na kterém proběhla nová registrace pojištěnce Pojišťovny do péče, poskytovalo alespoň po část hodnoceného období hrazené služby v Preferované oblasti.
 - c) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších **100 Kč**, pokud Poskytovatel na daném pracovišti odbornosti 002 registruje ke dni 31. 12. 2025 takový počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny, který dosáhl alespoň předpokládané kapacity Poskytovatele v odbornosti 002 na jedno pracoviště vypočtené dle vzorce uvedeného v článku III. odst. 3 tohoto Dodatku.
 - d) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších **150 Kč**, pokud Poskytovatel na daném pracovišti odbornosti 002 registruje ke dni 31. 12. 2025 o 10 pojištěnců Pojišťovny více, než registroval ke dni 31. 12. 2024.
 - e) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších **250 Kč**, pokud Poskytovatel v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2025 provedl preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 02021, 02022, 02031 nebo 02032 dle Seznamu výkonů alespoň u 70 % pojištěnců Pojišťovny ve věku od 3 do 19 let registrovaných ke dni 31. 12. 2025 na všech jeho pracovištích odbornosti 002.
4. **Bonifikace za zvýšení časové dostupnosti pracoviště Poskytovatele** bude realizována formou navýšení základní kapitační sazby sjednané v článku II. odst. 1 standardního úhradového dodatku u níže uvedených pracovišť níže uvedeným způsobem:

a) Způsob navýšení kapitační sazby:

Rozsah ordinační doby rozložené do 5 pracovních dní v týdnu	Navýšení základní kapitační sazby
Od 35 hodin týdně do 39 hodin týdně	5,00 Kč
Od 40 hodin týdně do 49 hodin týdně	8,00 Kč
50 hodin týdně a více (min. dva lékaři)	11,00 Kč

b) Sjednaná základní kapitační sazba dle článku II. odst. 1 standardního úhradového dodatku na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se navyšuje pro jednotlivá pracoviště takto:

IČP	Hodnota navýšení základní kapitační sazby dle písm. a)

c) V případě, že Poskytovatel zřizuje pracoviště týmové praxe ve smyslu přílohy č. 2 části E) vyhlášky, pak se na toto pracoviště navýšení kapitační sazby dle písm. a) nevztahuje, a to od data vzniku nároku úhrady za týmovou praxi (včetně předběžné měsíční úhrady za pracoviště týmové praxe).

Článek VI. Podpora PREVENTIVNÍ PÉČE

1. **Bonifikace za očkování pojištěnců Pojišťovny v rámci nepovinných očkování** bude realizována úhradou ve výši 100 Kč za každého pojištěnce Pojišťovny registrovaného ke dni 31. 12. 2025 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 002, pokud podíl pojištěnců Pojišťovny registrovaných ke dni 31. 12. 2025 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 002, u kterých byla v období od 1. 1. 2016 až 31. 12. 2025 aplikována alespoň jedna dávka očkovací látky v rámci jakéhokoliv očkovacího schématu nepovinných očkování vykázaná výkonem č. 02125 dle Seznamu výkonů, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny registrovaných ke dni 31. 12. 2025 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 002 dosáhne alespoň 50 %.

Článek VII. Podpora KVALITY PÉČE

1. **Bonifikace za racionální preskripci léčivých přípravků ze skupiny antibiotik** bude realizována úhradou za každého pojištěnce Pojišťovny registrovaného ke dni 31. 12. 2025 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 002, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
 - a) Bonifikace 50 Kč za preskripci receptů s antibiotiky, pokud podíl receptů (doklad 10) s léčivým přípravkem v hlavní terapeutické anatomické (dle ATC) skupině J01* (antibakteriální látky pro systémové užití) předepsaných Poskytovatelem odbornosti 002 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékařské péče na celkovém počtu všech receptů předepsaných Poskytovatelem a vydaných a vykázaných poskytovateli lékařské péče nepřesáhne celorepublikový podíl receptů (doklad 10) s léčivým přípravkem v hlavní terapeutické anatomické (dle ATC) skupině J01* předepsaných poskytovateli v odbornosti 002 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékařské péče na celkovém počtu všech receptů předepsaných poskytovateli odbornosti 002 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékařské péče.
 - b) Bonifikace 50 Kč za preskripci úzkospektrálních antibiotik, pokud podíl receptů s léčivým přípravkem ve skupině J01CE02 (fenoxymethylpenicilin), J01CA04 (amoxicilin) a J01CE10 (benzathin-fenoxymethylpenicilin) dle ATC členění předepsaných Poskytovatelem odbornosti 002 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékařské péče na celkovém počtu receptů (doklad 10) s léčivým přípravkem v hlavní terapeutické anatomické (dle ATC) skupině J01* (antibakteriální látky pro systémové užití) předepsaných Poskytovatelem a vydaných a vykázaných poskytovateli lékařské péče dosáhne hranice alespoň 35 %.

2. **Bonifikace za kvalitu péče o sledované dětské pacienty trpící obezitou** bude realizována formou úhrady za každého pojištěnce s obezitou sledovaného na daném pracovišti Poskytovatele odbornosti 002, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
- a) Bonifikace ve výši 1 500 Kč, pokud Poskytovatel splní obě kritéria uvedená v písm. c) a d), nebo 500 Kč, pokud Poskytovatel splní pouze kritérium uvedené v písm. c), nebo 1 000 Kč, pokud splní pouze kritérium uvedené v písm. d).
 - b) Za sledovaného pojištěnce s obezitou (dále „sledovaný pojištěnec“) se považuje pojištěnec Pojišťovny, který je v pravidelné péči daného pracoviště Poskytovatele odbornosti 002 a na kterého byl daným pracovištěm Poskytovatele za období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025 alespoň dvakrát vykázán výkon č. 02039 dle Seznamu výkonů.
 - c) Kritérium počtu sledovaných pojištěnců s obezitou – Smyslem výkonu 02039 dle Seznamu výkonů je záchyt a sledování dětského pacienta s obezitou v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost nebo pediatra, proto je cílem tohoto kritéria motivovat Poskytovatele, aby tyto pojištěnce sledoval v rámci pravidelné péče a podpořit tak včasný záchyt a léčbu obezity v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Kritérium se považuje za splněné, pokud měl poskytovatel na daném pracovišti v péči alespoň 15 sledovaných pojištěnců s obezitou.
 - d) Kritérium sledování hmotnostně výškového poměru/BMI – Sledovaný pojištěnec při každé návštěvě podstoupí vyhodnocení hmotnostně výškového poměru/BMI dle percentilových grafů pro daný věk a pohlaví a dosažený výsledek vykazuje Poskytovatel prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 02313 (hodnota hmotnostně výškového poměru/BMI se od první kontroly snížila, nebo nezměnila) nebo č. 02314 (hodnota hmotnostně výškového poměru/BMI se od první kontroly zvýšila), přičemž signální výkony vykazuje Poskytovatel na pracovišti, které má pojištěnce v pravidelné péči, a to při druhé a další návštěvě sledovaného pojištěnce výhradně k výkonu č. 02039 dle Seznamu výkonů (pozn. za snížení hodnoty hmotnostně výškového poměru/BMI se považuje jakékoliv snížení oproti původnímu stavu, resp. za zvýšení hodnoty hmotnostně výškového poměru/BMI se považuje jakékoliv zvýšení oproti původnímu stavu), přičemž pro hodnocení každého sledovaného pojištěnce se použije poslední vykázaná hodnota za hodnocené období. Kritérium bude vyhodnoceno pouze v případě, že Poskytovatel vykáže signální výkony alespoň u 90 % všech sledovaných pojištěnců na daném pracovišti, přičemž je považováno za splněné, pokud podíl pojištěnců sledovaných na daném pracovišti Poskytovatele, u kterých se nezhoršila (tj. zůstala stejná nebo se zlepšila) hodnota hmotnostně výškového poměru/BMI na všech sledovaných pojištěncích na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % sledovaných pojištěnců bude vykázán signální výkon VZP č. 02313.
3. **Bonifikace za sledování rizikovosti kmene registrovaných pojištěnců Pojišťovny** bude realizována formou úhrady ve výši 100 Kč za každý provedený, vykázaný a uznaný výkon č. 02021, 02022, 02031 nebo 02032 dle Seznamu výkonů, za podmínky, že alespoň k 80 % z těchto výkonů provedených u pojištěnců ve věku od 3 let, tj. pojištěnců, kteří dosáhli věku 3 let nejpozději k 31. 12. 2025, bude vykázán některý ze signálních výkonů VZP č. 02325 až 02328 uvedených v Článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

Článek VIII.

Podpora ORGANIZACE PÉČE

1. **Bonifikace za sledování komplexních nákladů na pojištěnce Pojišťovny registrované na pracovištích Poskytovatele** bude realizována úhradou za každého pojištěnce Pojišťovny registrovaného ke dni 31. 12. 2025 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 002, přičemž výše bonifikace se stanoví takto:
- a) Průměrné komplexní náklady na jednoho přepočteného pojištěnce Pojišťovny registrovaného ke dni 31. 12. 2025 na kterémkoliv pracovišti Poskytovatele odbornosti 002 se vypočtou jako suma všech nákladů na hrazené služby uvedené v písm. b) poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv poskytovatelem na pojištěnce Pojišťovny, který je k 31. 12. 2025 registrován na kterémkoliv pracovišti Poskytovatele odbornosti 002 k počtu pojištěnců Pojišťovny registrovaných k 31. 12. 2025 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 002 přepočtených dle věkových indexů dle přílohy č. 2 Vyhlášky.
 - b) Do komplexních nákladů se započítávají náklady na níže uvedené hrazené služby, přičemž náklady se dělí na vlastní (poskytnuté nebo indukované Poskytovatelem) a cizí (poskytnuté nebo indikované ostatními poskytovateli):
 - i. Náklady na péči praktického lékaře a LPS (doklad 01, 03, 05) s výjimkou výkonů č. 02021, 02022, 02031, 02032, 02036, 02037, 02038, 02039, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 02240 dle Seznamu výkonů: hrazené služby jsou v tomto případě ohodnoceny základní hodnotou bodu pro danou odbornost dle Vyhlášky, případně zahrnují korunové položky.
 - ii. Náklady na ambulantní specializovanou péči v těchto odbornostech - 101-109, 201-204, 205-209, 301-309, 401-407, 409, 501-507, 601, 602, 605 - 607, 701- 708, 901, 903, 904, 927 (doklady 01, 03, 05, 06, přičemž do dokladu 03 se nezapočítávají vyjímání ATC skupiny hrazené v režimu center se Zvláštní smlouvou – centrová péče a dále se nezapočítává výkon č. 71112 dle Seznamu výkonů) – hrazené služby jsou v tomto případě ohodnoceny základní hodnotou bodu pro danou odbornost dle Vyhlášky, případně zahrnují korunové položky.

- iii. Náklady na léčivé přípravky na receptech (doklad 10).
- iv. Náklady na zdravotnické prostředky na poukazech (doklady 12, 13, 14).
- v. Náklady na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech – 222, 801, 802, 807, 812 až 819, 809, 810, 902, 925 (doklady 06, přičemž nejsou zahrnuty výkony vykazované v rámci screeningů SMA/SCID) – hrazené služby jsou v tomto případě ohodnoceny základní hodnotou bodu pro danou odbornost dle Vyhlášky, případně zahrnují korunové položky.
- vi. Náklady za lázeňskou péči (doklad 16).
- vii. Náklady na dopravu pacientů (doklad 34 a 39).
- viii. Náklady na hospitalizace (doklad 02) – ošetrovací dny veškeré lůžkové péče ohodnocené jednotnou paušální sazbou ve výši 3 000 Kč.
- c) Do výpočtu komplexních nákladů dle písm. b) nejsou zahrnuti pojištěnci Pojišťovny, kteří v hodnoceném období dosáhnou komplexních nákladů vyšších než 250 000 Kč.
- d) V případě, že průměrné komplexní náklady na jednoho přepočteného pojištěnce registrovaného u Poskytovatele odbornosti 002 nepřesáhnou průměrné komplexní náklady na jednoho přepočteného pojištěnce Pojišťovny registrovaného k 31. 12. 2025 u všech poskytovatelů v odbornosti 002 v daném kraji, bude bonifikace stanovena ve výši od 20 Kč do 100 Kč za jednoho registrovaného pojištěnce registrovaného na pracovištích Poskytovatele takto:

$$BON_{KN} = 4 \text{ Kč} * (1,05 - \max[Srovnání KN_{PZS/kraj}; 0, 80]) * 100$$

Kde:

BON_{KN} – vypočtená bonifikace za sledování komplexních nákladů na registrované pojištěnce;

max – funkce maximum, která vybere vyšší z hodnot;

Srovnání KN_{PZS/kraj} – poměr průměrných nákladů na jednoho přepočteného pojištěnce registrovaného u Poskytovatele vůči průměrným komplexním nákladům na jednoho přepočteného pojištěnce Pojišťovny registrovaného u všech poskytovatelů v odbornosti 002 v daném kraji.

Článek IX.

Výsledná bonifikace a další ustanovení

- Úhrada bonifikací vypočtených dle článku V. odst. 1., 2. a 4. bude realizována průběžně formou měsíční úhrady, a to od začátku období vyplývajícího z Článku X. odst. 2 tohoto Dodatku.
- Úhrada bonifikací vypočtených dle článku V. odst. 3 a článků VI. až VIII. bude finančně vypořádána do 30. 6. 2026.
- Do výpočtu kritérií, do kterých vstupují údaje o registrovaných pojištencích na daném pracovišti Poskytovatele budou zahrnuty registrace pojištenců Pojišťovny provedené Poskytovatelem, nahlášené Pojišťovně do 5. 3. 2026 a uznány v Kapitačním centru.
- Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištencům definovaným v § 1 Vyhlášky nejsou hrazeny dle tohoto Dodatku.

Článek X.

Závěrečná ustanovení

- Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
- Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku do 15. 2. 2025, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku mezi 16. 2. 2025 a 30. 11. 2025, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od prvního dne v měsíci, ve kterém byl uzavřen, do 31. 12. 2025. Za akceptaci považují smluvní strany doručení tohoto Dodatku opatřeného podpisem osoby oprávněné za Poskytovatele podepisovat v jedné z výše uvedených lhůt Pojišťovně. Neakceptuje-li v jedné z výše uvedených lhůt Poskytovatel návrh tohoto Dodatku, nabídka Pojišťovny zaniká.

3. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
4. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu

