

Dodatek č. 66 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 8T91B167 ze dne 7.2.2008 (dále jen „Smlouva“)
(Program kvality péče AKORD pro praktické lékaře dětí a dorost)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.
Sídlo (obec):	Ostrava
Ulice, č.p., PSČ:	Zalužanského 1192/15, 703 00
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud Ostrava, oddíl B, vložka 1050, dne 5.6.1995	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Stanislav Jackanin, MBA, předseda představenstva Ing. Martin Haničinec, místopředseda představenstva MUDr. Miloslav Mazur, Ph.D., MBA, člen představenstva
IČO:	60793201
IČZ:	91951000

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Aleš Zbožínek, MBA, ředitel Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
Doručovací adresa (obec):	Ostrava
Ulice, č.p., PSČ:	Masarykovo náměstí 24/13, 702 00

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

Článek I.

- Smluvní strany ve snaze zlepšovat zdravotní péči o pojištěnce Pojišťovny, zejména zvyšovat účelnost a vzájemnou koordinaci poskytovaných hrazených služeb, uzavírají tento Dodatek ke Smlouvě (dále jen „Dodatek“), kterým Poskytovatel vstupuje do programu kvality péče AKORD.
- 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 kvality péče AKORD a uzavřel s Pojišťovnou dodatek č. 64 ke Smlouvě č. 8T91B167 ze dne 7.2.2008 (*standardní úhradový dodatek*), bude v období vyplývajícím z článku VIII. odst. 3 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. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (dále jen „vyhláška“). Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

Článek II. Předmět Dodatku

Předmětem tohoto Dodatku je úprava vzájemných vztahů smluvních stran při realizaci programu kvality péče AKORD, přičemž tento program je realizován jen u těch poskytovatelů, kteří se s pojišťovnou dohodli na úhradě poskytovaných služeb formou kombinované kapitačně výkonové platby. Obsahem programu kvality péče AKORD je podpora kontinuálního zvyšování kvality a efektivity hrazených služeb prostřednictvím předávání informací, komunikace a přiměřených motivací. Účelem tohoto Dodatku je založit vzájemnou aktivní spolupráci mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou s cílem zvýšení kvality a komfortu hrazených služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny.

Článek III. Práva a povinnosti smluvních stran

1. Poskytovatel je povinen:

- a. komunikovat s Pojišťovnou (hlášení nepřítomnosti/zastupování) elektronickým formulářem, s dalšími Poskytovateli a pojištěnci Pojišťovny přednostně elektronickým způsobem,
- b. předávat dávky dokladů a faktury za poskytnuté hrazené služby výhradně prostřednictvím VZP POINT (portál VZP ČR),
- c. přizpůsobovat po projednání s Pojišťovnou smluvně dohodnutý počet a rozložení ordinačních hodin potřebám pojištěnců,
- d. zajišťovat objednání pojištěnců k indikované ambulantní či lůžkové zdravotní péči,
- e. respektovat organizační pokyny krajského koordinátora programu kvality péče a složité a neobvyklé léčebné postupy konzultovat s revizními lékaři Pojišťovny,
- f. být viditelně označen logem programu kvality péče AKORD,
- g. informace poskytnuté Pojišťovnou v souladu s tímto Dodatkem využívat výhradně pro potřeby poskytování hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny, kteří jsou u něho registrováni.

2. Poskytovatel se dále zavazuje k:

- a. vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě (nehodící se škrtně):
 - i. ☐ ANO
 - ii. ☒ NEv případě změny způsobu vedení zdravotnické dokumentace sdělí Poskytovatel tuto skutečnost Pojišťovně nejpozději do 30 dnů od provedení změny,
- b. vedení objednávkového systému a v případě zájmu objednávání pojištěnců k vyšetření na přesně stanovené termíny s čekací dobou nepřesahující obvykle 15 minut (nehodící se škrtně),
 - i. ☐ ANO
 - ii. ☒ NE

Při splnění podmínek uvedených v písm. a) nebo b) tohoto odstavce bude Poskytovatel bonifikován nad rámec navýšení základní kapitační platby dle Článku VI odst. 1 tohoto dodatku, a to způsobem, uvedeným v Článku VI. odst. 2. tohoto Dodatku.

3. Pojišťovna

- a. zajišťuje a spravuje přístupová práva Poskytovatele jako autorizované osoby pro elektronickou komunikaci (VZP POINT),
- b. výhradně elektronicky, prostřednictvím VZP POINT, podává Poskytovateli v souladu s § 24 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, informace o hrazených službách, které byly poskytnuty jinými poskytovateli jejím pojištěncům, kteří jsou u Poskytovatele registrováni, včetně předpisu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků; tento Dodatek považují smluvní strany současně za žádost Poskytovatele o poskytování uvedených informací,
- c. zajišťuje Poskytovateli informační podporu potřebnou ke zlepšování efektivity a kvality poskytovaných hrazených služeb. Informační podpora vychází zejména ze vzájemného porovnávání chování poskytovatelů poskytujících obdobné služby, analýzy odchylek, expertního hodnocení a vztahu mezi náklady a přínosy,
- d. podporuje Poskytovatele v přístupu jeho pacientů ke specializované péči.

Článek IV. Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě

1. Pokud Poskytovatel vede zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě s uznávaným elektronickým podpisem, pak je povinen splňovat následující podmínky:
 - a. technické prostředky použité k uložení záznamů v elektronické podobě zaručují, že údaje v provedených záznamech nelze dodatečně modifikovat,
 - b. bezpečnostní kopie datových souborů jsou prováděny nejméně jednou za pracovní den,
 - c. před uplynutím doby životnosti zápisu na technickém nosiči dat je zajištěn přenos na jiný technický nosič dat,
 - d. uložení kopií pro dlouhodobé uchování musí být provedeno způsobem znemožňujícím provádět do těchto kopií dodatečné zásahy; tyto kopie jsou vytvářeny nejméně jednou za kalendářní rok,
 - e. při uchování kopií pro dlouhodobé uchovávání na technickém nosiči dat je zajištěn přístup k těmto údajům pouze oprávněným osobám a je zajištěna jejich čitelnost nejméně po dobu, která je stanovena pro uchování zdravotnické dokumentace,
 - f. dokumenty v listinné podobě, které jsou součástí zdravotnické dokumentace a které vyžadují podpis osoby, jež není zdravotnickým pracovníkem nebo jiným odborným pracovníkem, musí být převedeny do elektronické podoby, která se opatří uznávaným elektronickým podpisem osoby, která převod provedla; dokument v listinné podobě se uchová,
 - g. výstupy ze zdravotnické dokumentace lze převést do listinné podoby autorizovanou konverzí dokumentu,
 - h. informační systém, ve kterém je vedena zdravotnická dokumentace, musí umožňovat vytvoření speciální kopie uložené zdravotnické dokumentace ve formátu čitelném a zpracovatelném i v jiném informačním systému,
2. Zápis zdravotnické dokumentace na paměťové médium výpočetní techniky, který neobsahuje uznávaný elektronický podpis, se převede na papírový nosič (tiskovou sestavu), opatří se datem jeho provedení. Dále je zápis opatřen podpisem zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který zápis provedl, a otiskem razítka se jmenovkou, nebo čitelným přepisem jeho jména, popřípadě jmen, příjmení; to neplatí v případě poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem.
3. Tímto není dotčena povinnost Poskytovatele dodržovat zásady ve vedení zdravotnické dokumentace v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Článek V. Způsob a důvody ukončení tohoto Dodatku

Před uplynutím sjednané doby může být tento Dodatek ukončen:

1. zánikem účinnosti Smlouvy,
2. písemnou dohodou smluvních stran,
3. výpovědí smluvních stran, kdy kterákoli smluvní strana může tento Dodatek vypovědět písemnou výpovědí, a to i bez udání důvodu. Výpovědní doba činí dva měsíce a počíná běžet od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

Článek VI. Navýšení kapitační sazby

1. Základní kapitační sazba, sjednaná dle článku II. odst. 1 standardního úhradového dodatku, na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se navyšuje:
 - a. **o 4 Kč** v případě, že Poskytovatel splnil všechny podmínky uvedené v čl. III. odst. 1 tohoto Dodatku a zároveň splňuje podmínku dostupnosti, tj. poskytuje hrazené služby v odbornosti 002 v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou dobu,
 - b. **nebo o 3 Kč** v případě, že Poskytovatel splnil všechny podmínky uvedené v čl. III. odst. 1 tohoto Dodatku, ale nesplňuje podmínku dostupnosti.
2. Za každou splněnou podmínku dle článku III., odst. 2 písm. a) a b) se základní kapitační sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce na kalendářní měsíc **navyšuje o další 1 Kč**.
3. Na základě splnění výše uvedených podmínek se základní kapitační sazba navyšuje o částku ve **výši 5,- Kč**.

Článek VII. Bonifikace v programu kvality péče AKORD

1. Pojišťovna uhradí Poskytovateli níže uvedeným způsobem roční bonifikaci **maximálně ve výši 12 % z částky**, která se vypočte jako součin základní sazby kapitační platby (tzn. bez navýšení kapitační platby dle

Článku VI. tohoto Dodatku) a počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících za období, kdy tento dodatek upravuje práva a povinnosti stran dle článku VIII. odst. 3 (dále jen „celková předpokládaná roční bonifikace“), pokud Poskytovatel v tomto období splní tyto podmínky:

- a. Poskytovatel poskytuje pojištěncům Pojišťovny hrazené služby v souladu se Smlouvou a s podmínkami účasti v programu kvality péče AKORD. Za nesplnění této podmínky se považuje porušení podmínek Smlouvy a zejména podmínek účasti v programu kvality péče AKORD, na které je Poskytovatel v průběhu kalendářního roku písemně Pojišťovnou upozorněn,
 - b. Poskytovatel nepřekročí k datu uvedenému v odst. 5 tohoto článku limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce. Stanovení počtu přepočtených pojištěnců je uvedeno v standardním úhradovém dodatku
 - c. Poskytovatel splní alespoň jeden z vybraných kvalitativních ukazatelů dobré praxe uvedených v Příloze č. 1 tohoto Dodatku.
2. Jestliže Poskytovatel k poslednímu dni 1., 2. a 3. kalendářního čtvrtletí, ve kterém je zapojen do programu kvality péče AKORD, splní podmínky uvedené v odst. 1 písm. a) tohoto článku a zároveň v příslušném čtvrtletí nepřekročí limit započitatelné péče uvedený v odst. 5 tohoto článku, bude mu Pojišťovnou vždy do 120 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí vyplacena bonifikace **ve výši 8 %** z celkové předpokládané roční bonifikace.
3. Jestliže Poskytovatel k 31. 12. 2021 splní podmínky uvedené v odst. 1 písm. a) a c) tohoto článku, bude mu Pojišťovnou do 150 dnů po skončení tohoto období vyplacena zbývající část celkové roční bonifikace vypočtená jako rozdíl mezi celkovou roční bonifikací, na kterou Poskytovateli vznikl nárok podle tohoto Dodatku, a bonifikací vyplacenou dle odst. 2 tohoto článku, která se vypočte takto:

$$\text{Celková roční bonifikace} = 0,12 * \text{BDP} * \text{ZKS} * \text{PJP}$$

Kde:

- BDP je index bonifikace dobré praxe, nabývající hodnoty 0 až 1 dle splnění jednotlivých ukazatelů stanovených v Metodice výpočtu čtvrtletních a ročních bonifikací,
 - ZKS je základní kapitační sazba sjednaná ve standardním úhradovém dodatku,
 - PJP je součet počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2021.
4. V případě, že běží výpovědní doba, Poskytovateli nebude za toto období přiznána bonifikace a nebude navýšena ani základní kapitační sazba.
5. K 31. 12. 2021 je Poskytovateli stanoven limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce ve výši 3 440,31 Kč.

Pro 1. čtvrtletí 2021 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 1 085,54 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 2. čtvrtletí 2021 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 742,73 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 3. čtvrtletí 2021 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 922,96 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pojišťovna sdělí Poskytovateli vždy do 90 dnů po skončení 1., 2. a 3. kalendářního čtvrtletí počet přepočtených pojištěnců k poslednímu dni každého kalendářního čtvrtletí.

6. Do započitatelné péče se zahrnuje:

- úhrada léčivých přípravků předepsaných registrovaným pojištěncům (s výjimkou těch, které jsou vázány na specifické indikace – léčivé přípravky zařazených do ATC skupin hrazené v režimu center pro výdej speciálních léků u Poskytovatelů s povolenou Zvláštní smlouvou),
- úhrada preskribovaných zdravotnických prostředků,
- úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornostech 222, 801, 802, 807, 809, 810, 812 až 819 a 913 podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady za výkony č. 82301 nebo 82302 podle seznamu výkonů,
- úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornosti 902,
- úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornosti 925,
- úhrada za poskytnutou ambulantní specializovanou péči,
- úhrada cestovného pojištěnců na dokladech typu 39,
- úhrada přepravy zdravotnické dopravní služby na dokladech typu 34,
- úhrada za komplexní lázeňské léčení,
- úhrada za ošetrovací dny veškeré lůžkové péče o registrované pojištěnce, započítávané paušální cenou 600 Kč/den,

poskytnuté nebo indikované registrovanému pojištěnci kterýmkoliv Poskytovatelem.

7. Metodika výpočtu čtvrtletních a ročních bonifikací je součástí přílohy č. 1 tohoto dodatku.
8. Jestliže Poskytovatel vstoupí do programu kvality péče AKORD v průběhu kalendářního roku 2021, bude mu za splnění podmínek dle tohoto Dodatku vyplacena bonifikace ve výši odpovídající době účasti Poskytovatele v programu kvality péče AKORD.

Článek VIII. Závěrečná ustanovení

1. Pro zajištění elektronické komunikace mezi smluvními stranami budou smluvní strany využívat kontaktní emailová spojení uvedená ve Smlouvě.
2. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
3. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku do 31. 3. 2021, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku mezi 1. 4. 2021 a 30. 9. 2021 platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. dne kalendářního čtvrtletí následujícího po kalendářním čtvrtletí, v němž byl takový Dodatek Pojišťovně doručen, do 31. 12. 2021. Neakceptuje-li v jedné z výše uvedených lhůt Poskytovatel návrh tohoto Dodatku, nabídka Pojišťovny zaniká.
4. Tento Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
5. Příloha č. 1 k tomuto Dodatku je nedílnou součástí tohoto Dodatku a Poskytovatel svým níže připojeným podpisem s jejím obsahem souhlasí.
6. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

Metodika výpočtu čtvrtletních a ročních bonifikací a stanovení limitu započitatelné péče

Systém bonifikací pro praktické lékaře pro děti a dorost se skládá ze dvou základních složek:

- 1) bonifikace za účast v programu kvality péče AKORD (dále jen „PKP AKORD“), tj. za plnění podmínek uvedených v čl. III odst. 1 Dodatku,
- 2) kombinovaná bonifikace za splnění limitu stanovených započitatelných nákladů na vybranou zdravotní péči a za splnění vybraných kvalitativních ukazatelů dobré praxe.

1. Popis bonifikací**a) Navýšení základní kapitační sazby za účast v PKP AKORD**

Jedná se o průběžné navýšení základní kapitační sazby, které je pevně stanoveno po celou dobu účasti Poskytovatele v PKP AKORD v rámci hodnoceného období. Základní kapitační sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se navýšuje maximálně o částku ve výši 6,- Kč s ohledem na splnění vstupních podmínek do PKP AKORD uvedených v Článku VI odst. 1 Dodatku.

b) Motivační bonifikace (MB) – bonifikace za splnění limitu stanovených započitatelných nákladů na vybranou zdravotní péči a za splnění vybraných kvalitativních ukazatelů (index bonifikace dobré praxe – BDP)

Motivační bonifikace za rok 2021 může dosáhnout maximálně **12 % z částky**, která se vypočte jako součin základní kapitační sazby, počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2021 a indexu dobré praxe.

Motivační bonifikace je rozdělena do 4 plateb. V 1. až 3. čtvrtletí kalendářního roku budou při splnění čtvrtletních limitů stanovených započitatelných nákladů uvedených v Článku VII odst. 5 Dodatku realizovány tři platby po **8 % z celkové předpokládané roční bonifikace**.

Zbývající část motivační bonifikace, na niž Poskytovateli vznikl nárok podle Dodatku vč. této Přílohy, bude vyplacena po skončení roku 2021.

Při vyhodnocování ukazatelů a výpočtu bonifikací se vždy uvažuje poskytnutá a uhrazená zdravotní péče na registrovaného pojištěnce, který je u daného Poskytovatele registrován k poslednímu dni zpracovávaného období.

Index bonifikace dobré praxe (BDP)

Kvalitativní ukazatel dobré praxe	Parametr	Hodnota ukazatele
Dodržení limitu započitatelné péče	Ano	0,05
	Ne	0
Počet provedených preventivních prohlídek	45 % a více	0,60
	Méně než 45 %	0
Objem čerpání péče u jiných praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen „PLDD“) a v rámci pohotovostních služeb	105 % a méně	0,05
	Více než 105 %	0
Dodržování metodiky pravidelného očkování	Ano	0,30
	Ne	0
Celkem		1,00

Podmínky pro splnění jednotlivých ukazatelů:

- dodržení limitu započitatelné péče – limit je pevně stanoven v dodatku,
- počet provedených preventivních prohlídek – v procentech vyjádřený poměr provedených preventivních prohlídek u pojištěnců starších 5 let k celkovému počtu registrovaných pojištěnců starších 5 let k 31. 12. 2021. V případě zapojení Poskytovatele až v průběhu roku 2021 jsou parametry pro vyhodnocení počtu preventivních prohlídek úměrně sníženy v závislosti na datu vstupu do PKP AKORD, a to následovně (přičemž hodnota ukazatele se nemění):

Datum vstupu	Preventivní prohlídky
1. 4. 2021	33,75 %
1. 7. 2021	22,50 %
1. 10. 2021	11,25 %

- objem čerpání hrazených služeb u jiných PLDD a v rámci pohotovostních služeb – podíl registrovaných pojištěnců u daného Poskytovatele, kteří čerpají hrazené služby u jiných praktických lékařů pro děti a dorost či v rámci pohotovostních služeb ku krajské hodnotě tohoto podílu,
- dodržování metodiky pravidelného očkování – podmínka je splněna v případě, že chybovost ve vykazování pravidelného očkování v roce 2021 dle platné Metodiky provádění pravidelného očkování nebude vyšší než 8 %.

Celková hodnota indexu bonifikace dobré praxe se stanoví jako součet hodnot jednotlivých ukazatelů v závislosti na splnění příslušných podmínek stanovených pro dané ukazatele.

Celková roční bonifikace

Celková roční bonifikace se na základě výše uvedených skutečností vypočte takto:

$$\text{Celková roční bonifikace} = 0,12 * \text{BDP} * \text{ZKS} * \text{PJP}$$

Kde:

- BDP je index bonifikace dobré praxe, nabývající hodnoty 0 až 1 dle splnění jednotlivých ukazatelů,
- ZKS je základní kapitační sazba sjednaná ve standardním úhradovém dodatku,
- PJP je součet počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2021.

Po skončení roku bude Poskytovateli zaslána částka Celkové roční bonifikace, od které budou odečteny částky motivační bonifikace vyplacené Poskytovateli v 1., 2. a 3. čtvrtletí.

2. Výpočet limitu započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce (dále jen „referenční limit“)

- 1) Pokud je referenční limit Poskytovatele menší nebo roven krajskému referenčnímu limitu, pak se referenční limit daného Poskytovatele pro rok 2021 navýší o 10 %. Krajský referenční limit je součtem krajských průměrných nákladů na jednoho přepočteného pojištěnce.,
- 2) Pokud je referenční limit Poskytovatele vyšší než krajský referenční limit, pak se limit pro rok 2021 daného Poskytovatele vypočte jako součet krajského referenčního limitu a rozdílu mezi referenčním limitem Poskytovatele a krajským referenčním limitem, násobeného koeficientem (0,5),
- 3) Úprava takto vypočteného limitu započitatelné péče je v kompetenci koordinátora PKP AKORD. Smluvně stanovená výše limitu započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce je uvedena v článku VII., odst. 5 tohoto Dodatku,
- 4) Pokud Poskytovatel nemá pro potřeby PKP AKORDU smluvní a datovou historii v žádném čtvrtletí referenčního období, pak je referenční limit stanoven na úrovni 100 % krajského referenčního průměru.
- 5) Referenčním obdobím se pro účely výpočtu referenčního limitu pro rok 2021 rozumí 1. čtvrtletí 2019 až 4. čtvrtletí 2019. Při výpočtu limitu pro 1. – 3. čtvrtletí jsou počítány pouze kvartální hodnoty, ve 4. čtvrtletí je již počítán celoroční limit. Pro Poskytovatele, který se do PKP AKORD zapojí v průběhu roku 2021, jsou za referenční období považována příslušná čtvrtletí v závislosti na datu vstupu do programu.