

Dodatek č. 22 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 4B72B001 ze dne 28.02.2014 (dále jen „Smlouva“)
(Motivační program VZP PLUS pro všeobecné praktické lékaře)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	MUDr. Taťána Pustinová s.r.o.
Sídlo (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Vojtova 243/23, 63900
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none"> Krajský soud v Brně, oddíl C, vložka 81519, dne 7. 1. 2014 	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Taťána Pustinová, jednatel
IČ:	02512785
IČZ:	72587000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina	
Zastoupená (jméno a funkce):	vedoucí Referátu správy smluv Brno, Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina
Doručovací adresa (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Benešova 696/10, 659 14

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

Článek I. Úvodní ustanovení

- Smluvní strany s cílem udržet a posilovat dostupnost hrazených služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, 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 všeobecné praktické lékaře (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. 21 ke Smlouvě č. 4B72B001 (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. 319/2023 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 2024, přičemž do hodnoceného období budou zahrnuty hrazené služby poskytnuté poskytovateli zdravotních služeb v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024, vykázané nejpozději do 5. 3. 2025 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 kapitálně 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 všeobecného praktického lékařství, 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) všeobecného praktického lékařství (odbornost 001) poskytuje hrazené služby za těchto podmínek:
 - a) V rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dní týdně, přičemž rozložení ordinačních hodin (ranní, odpolední) je přizpůsobeno lokální situaci a potřebám pojištěnců Pojišťovny.
 - b) Za ordinační dobu se považuje ordinační doba sjednaná v příloze č. 2 Smlouvy, ve které je v ordinaci pro pojištěnce Pojišťovny přítomný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství 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.
 - c) Podmínka uvedená v písm. a) se považuje za nesplněnou, pokud Poskytovatel na daném pracovišti sníží rozsah ordinačních hodin pod uvedené hodnoty.
 - d) Podmínka uvedená v písm. b) se považuje za nesplněnou v případě zjištění opakované nepřítomnosti lékaře „L3“ na pracovišti v době ordinačních hodin sjednaných v příloze č. 2 Smlouvy u daného pracoviště Poskytovatele. Za opakovanou nepřítomnost se považuje opakování nepřítomnosti minimálně třikrát v průběhu roku 2024, přičemž Pojišťovna je povinna Poskytovatele pokaždé na tuto skutečnost písemně upozornit.
 - e) V případě, že u Poskytovatele poskytuje hrazené služby jediný lékař (nositel výkonů) na více pracovištích (IČP), posuzuje se rozsah ordinačních hodin ve smyslu písm. a) za jednotlivá pracoviště (IČP) společně jako celek, přičemž 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.
2. Poskytovatel na každém z pracovišť všeobecného praktického lékařství registruje pojištěnce Pojišťovny alespoň v rozsahu vypočteném následujícím způsobem:

$$600 \text{ registrovaných pojištěnců Pojišťovny} \times KPP_{\text{okres}}$$

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 Kapitáčním centru.

Za nesplnění této podmínky se považuje, pokud Poskytovatel na daném pracovišti registruje k 31. 12. 2024 menší počet pojištěnců Pojišťovny, než je výše uvedený rozsah.

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:

$$2\,000 \text{ registrovaných přepočtených pojištěnců Pojišťovny} \times KPP_{\text{okres}}$$

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 Vyhlášky.

Za nesplnění této podmínky se považuje, pokud Poskytovatel na takovém pracovišti na výzvu Pojišťovny prokazatelně opakovaně odmítne bez řádných důvodů přijmout do péče (registrovat) pojištěnce Pojišťovny. Za opakované odmítnutí se považuje odmítnutí minimálně ve třech případech v průběhu roku 2024, přičemž Pojišťovna je povinna Poskytovatele pokaždé na tuto skutečnost písemně upozornit.

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 za období roku 2021 a 2022 preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 dle Seznamu výkonů v následujícím rozsahu: podíl preventivních prohlídek v roce 2021 a 2022 u pojištěnců registrovaných k 31.12.2021, resp. 31. 12. 2022 na všech pracovištích v odbornosti 001 činí v průměru alespoň 15 %. 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, a to k výkonům č. 01021 nebo 01022 dle Seznamu výkonů:
 - a) 11315 – (VZP) Pacient bez rizikových faktorů nebo s nízkým kardiovaskulárním rizikem (*pozn. Vykazuje se u pacientů, kteří mají nízké kardiovaskulární riziko podle SCORE 2/ SCORE OP, resp. není u pacienta identifikován zvýšený rizikový faktor, tj. není identifikován faktor, který by znamenal další plánovanou návštěvu dříve, než v rámci preventivní prohlídky.*)
 - b) 11316 – (VZP) Pacient s kardiovaskulárním rizikem a BMI do 25 kg/m² (*pozn. Vykazuje se u pacientů, u kterých je zjištěno vysoké nebo velmi vysoké kardiovaskulární riziko podle SCORE 2/ SCORE OP a je u něj změřen index BMI do 25 kg/m².*)
 - c) 11317 – (VZP) Pacient s kardiovaskulárním rizikem a BMI vyšší než 25 kg/m² (*pozn. Vykazuje se u pacientů, u kterých je zjištěno vysoké nebo velmi vysoké kardiovaskulární riziko podle SCORE 2/ SCORE OP a je u něj změřen index BMI vyšší než 25 kg/m².*)
8. V případě, že nebudou podmínky uvedené v odst. 1, 4 a 5 tohoto článku Poskytovatelem splňovány od data akceptace Dodatku do 31. 12. 2024, 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. 2024, 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 všeobecné praktické lékařství (dále „Preferovaná oblast“).
2. Poskytovatel poskytuje hrazené služby v některé z Preferovaných oblastech na těchto pracovištích:

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

3. V případě, že je Poskytovatel zapojen v program VZP PLUS a v průběhu roku 2024 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 **3 Kč** na jednoho přepočteného pojištěnce Pojišťovny registrovaného na pracovištích Poskytovatele v odbornosti 001, 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 **0,10 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.
3. **Bonifikace za registraci nových pojištěnců Pojišťovny do péče pracovišť Poskytovatele odbornosti 001** ve výši **až 1 300 Kč** bude realizována formou úhrady za každého nově registrovaného pojištěnce na daném pracovišti Poskytovatele, přičemž výsledná výše bonifikace se vypočte takto:

- a) Základní výše bonifikace je stanovena ve výši **100 Kč** za každého nově registrovaného pojištěnce Pojišťovny do péče daného pracoviště Poskytovatele.

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

- pojištěnec nebyl v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2023 v pravidelné péči žádného z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001, tj. žádným z pracovišť Poskytovatele na něj nebyly vykázány výkony č. 01021 nebo 01022 dle Seznamu výkonů,
- pojištěnec nebyl v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2023 na žádném z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001 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. 01021 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 001, 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 **300 Kč**, pokud Poskytovatel na daném pracovišti odbornosti 001 registruje ke dni 31. 12. 2024 takový počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny, který dosáhl alespoň předpokládané kapacity Poskytovatele v odbornosti 001 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 **200 Kč**, pokud Poskytovatel na daném pracovišti odbornosti 001 registruje ke dni 31. 12. 2024 o 10 pojištěnců Pojišťovny více, než registroval ke dni 31. 12. 2023.
 - e) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších **100 Kč**, pokud Poskytovatel v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2024 provedl preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 dle Seznamů výkonů alespoň u 50 % pojištěnců Pojišťovny registrovaných ke dni 31. 12. 2024 na všech jeho pracovištích odbornosti 001.
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	4,00 Kč
Od 40 hodin týdně do 49 hodin týdně	6,00 Kč

50 hodin týdně a více (min. dva lékaři)	9,00 Kč
---	---------

- b) Sjedená 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) tohoto odstavce

Článek VI. Podpora PREVENTIVNÍ PÉČE

1. **Bonifikace za účast pojištěnců Pojišťovny - žen ve věku od 45 (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) ve screeningovém programu karcinomu prsu** bude realizována úhradou za každého pojištěnce Pojišťovny - ženu ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaného ke dni 31. 12. 2024 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
 - a) Bonifikace ve výši **50 Kč**, pokud podíl pojištěnců Pojišťovny - ženu ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 ke dni 31. 12. 2024, u kterých bylo v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2024 provedeno vyšetření u poskytovatele v odbornosti 806, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny – žen ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných ke dni 31. 12. 2024 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 (dále jen „podíl provedených výkonů mamografického screeningu“) dosáhne alespoň 65 %. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla na základě výběrového řízení uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2024 či později, pak se hranice pro splnění kritéria stanovuje ve výši 30 %.
 - b) V případě, že není splněna podmínka uvedená v písm. a) tohoto odstavce a současně podíl provedených výkonů mamografického screeningu bude **alespoň o 5 %** vyšší než podíl pojištěnců Pojišťovny - žen ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 ke dni 31. 12. 2023, u kterých bylo v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2023 provedeno vyšetření u poskytovatele v odbornosti 806, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny – žen ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 ke dni 31. 12. 2023, je bonifikace stanovena ve výši **5 Kč za každé dosažené procento navýšení**. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla na základě výběrového řízení uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2024 či později, pak se toto kritérium nevyhodnocuje.
2. **Bonifikace za účast pojištěnců Pojišťovny ve věku od 50 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) ve screeningovém programu kolorektálního karcinomu** bude realizována úhradou za každého pojištěnce Pojišťovny ve věku od 50 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaného ke dni 31. 12. 2024 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
 - a) Bonifikace ve výši **50 Kč**, pokud podíl pojištěnců Pojišťovny ve věku od 50 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 ke dni 31. 12. 2024, u kterých byl v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2024 proveden některý z výkonů č. 15120 nebo 15121 dle Seznamu výkonů nebo u kterých byl v období od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2024 proveden některý z výkonů screeningové kolonoskopie č. 15101, 15103, 15105, 15107 nebo diagnostické kolonoskopie č. 15403, 15404 dle Seznamu výkonů, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny od 50 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 ke dni 31. 12. 2024 (dále jen „podíl provedených výkonů screeningu kolorekta“) dosáhne alespoň 60 %. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla na základě výběrového řízení uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2024 či později, pak se hranice pro splnění kritéria stanovuje ve výši 30 %.
 - b) V případě, že není splněna podmínka uvedená v písm. a) tohoto odstavce a současně podíl provedených výkonů screeningu kolorekta bude **alespoň o 5 %** vyšší než podíl pojištěnců Pojišťovny ve věku od 50 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 ke dni 31. 12. 2023, u kterých byl v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2023 proveden některý z výkonů č. 15120 nebo 15121 dle Seznamu výkonů nebo u kterých byl v období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2023 proveden některý z výkonů screeningové kolonoskopie č. 15101, 15103, 15105, 15107 nebo diagnostické kolonoskopie č. 15403, 15404 dle Seznamu výkonů, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny ve věku od 50 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 ke dni 31. 12. 2023, je bonifikace stanovena ve výši 5 Kč za každé dosažené procento navýšení. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla na základě

výběrového řízení uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2024 či později, pak se toto kritérium nevyhodnocuje.

3. **Bonifikace za očkování pojištěnců Pojišťovny ve věku nad 65 let proti chřipce** bude realizována úhradou ve výši **50 Kč** za každého pojištěnce Pojišťovny nad 65 let věku registrovaného ke dni 31. 12. 2024 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001, u kterého byla v hodnoceném období aplikována očkovací látka proti chřipce, pokud podíl pojištěnců Pojišťovny na 65 let věku registrovaných ke dni 31. 12. 2024 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001, u kterých byla v hodnoceném období aplikována některá z očkovacích látek proti chřipce, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny nad 65 let věku registrovaných ke dni 31. 12. 2024 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 dosáhne alespoň 15 %.
4. **Bonifikace za očkování pojištěnců Pojišťovny ve věku nad 65 let proti pneumokokovým infekcím** bude realizována úhradou ve výši **50 Kč** za každého pojištěnce Pojišťovny nad 65 let věku registrovaného ke dni 31. 12. 2024 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001, u kterého byla v období od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2024 aplikována některá z očkovacích látek proti pneumokokovým infekcím, pokud podíl pojištěnců Pojišťovny na 65 let věku registrovaných ke dni 31. 12. 2024 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001, u kterých byla v období od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2024 aplikována některá z očkovacích látek proti pneumokokovým infekcím, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny nad 65 let věku registrovaných ke dni 31. 12. 2024 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001 dosáhne alespoň 30 %.

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. 2024 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
 - a) Bonifikace ve výši **50 Kč**, pokud Poskytovatel splní současně všechny tři podmínky uvedené v písm. b) až d) tohoto odstavce, nebo **25 Kč**, pokud Poskytovatel splní pouze dvě z podmínek v písm. b) až d) tohoto odstavce, nebo **15 Kč**, pokud Poskytovatel splní jen jednu z podmínek uvedených v písm. b) až d) tohoto odstavce.
 - b) Preskripce receptů s antibiotiky: Podíl receptů (doklad 10) s léčivým přípravkem v hlavní terapeutické anatomické (dle ATC) skupině J01* (antibakteriální látky pro systémové užití), předepsaných Poskytovatelem odbornosti 001 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékárenské péče, na celkovém počtu všech receptů předepsaných Poskytovatelem a vydaných a vykázaných poskytovateli lékárenské péče nepřesáhne celorepublikový podíl receptů (doklad 10) s léčivým přípravkem v hlavní terapeutické anatomické (dle ATC) skupině J01*, předepsaných všemi poskytovateli v odbornosti 001 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékárenské péče, na celkovém počtu všech receptů předepsaných poskytovateli odbornosti 001 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékárenské péče.
 - c) Preskripce chráněných aminopenicilinů: Podíl receptů s léčivým přípravkem ve skupině J01CR* (chráněné aminopeniciliny) dle ATC členění, předepsaných Poskytovatelem odbornosti 001 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékárenské péče, na celkovém počtu všech receptů s léčivými přípravky ze skupin J01CR* nebo J01CA01 nebo J01CA04 (všechny aminopeniciliny) dle ATC členění, předepsaných Poskytovatelem a vydaných a vykázaných poskytovateli lékárenské péče, nepřesáhne hranici 50 %.
 - d) Preskripce makrolidových antibiotik: Podíl receptů s léčivým přípravkem ve skupině J01FA* (makrolidová antibiotika) dle ATC členění, předepsaných Poskytovatelem odbornosti 001 a vydaných a vykázaných poskytovateli lékárenské péče, na celkovém počtu všech 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 lékárenské péče, nepřesáhne hranici 30 %.
2. **Bonifikace za kvalitu péče o dispenzarizované pojištěnce s diabetem mellitem II. typu** bude realizována formou úhrady za každého pojištěnce s diabetem dispenzarizovaného na daném pracovišti Poskytovatele odbornosti 001, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
 - a) Bonifikace ve výši **400 Kč**, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a obě kritéria uvedená v písm. d) a e) tohoto odstavce, nebo **100 Kč**, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a jen jedno z kritérií uvedených v písm. d) nebo e) tohoto odstavce.
 - b) Za dispenzarizovaného pojištěnce s diabetem mellitem II. typu (dále „dispenzarizovaný diabetik“) se považuje pojištěnec Pojišťovny, který je v pravidelné péči daného pracoviště Poskytovatele odbornosti 001 a na kterého byl daným pracovištěm Poskytovatele za období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024 alespoň jednou vykázan výkon č. 01201 dle Seznamu výkonů.
 - c) Každé kritérium uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce se vyhodnocuje na dané pracoviště Poskytovatele, a to za podmínky, že Poskytovatel na daném pracovišti odbornosti 001 dispenzarizoval v roce 2024 alespoň 10 pojištěnců Pojišťovny s diabetem mellitem II. typu a zároveň vykázal příslušný signální výkon alespoň u 80 % všech dispenzarizovaných diabetiků na daném pracovišti.

- d) Kritérium kompenzace diabetu – vyšetření glykovaného hemoglobinu - Dispenzarizovaný diabetik nejméně jednou za rok absolvuje vyšetření glykovaného hemoglobinu v laboratoři nebo metodou POCT, přičemž výslednou hodnotu glykovaného hemoglobinu vykazuje dispenzarizující lékař (pracoviště Poskytovatele) prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 13111 (hodnota glykovaného hemoglobinu HBA1C nižší než 53 mmol/mol), 13112 (hodnota glykovaného hemoglobinu HBA1C v rozmezí od 53 mmol/mol do 56 mmol/mol), 13113 – hodnota glykovaného hemoglobinu HBA1C v rozmezí od 56 mmol/mol do 60 mmol/mol) nebo 13114 (hodnota glykovaného hemoglobinu HBA1C od 60 mmol/mol), kde hodnota „od“ v rámci jednotlivých signálních výkonů znamená včetně a hodnota „do“ znamená nižší než (pozn. pro hodnocení každého dispenzarizovaného diabetika se použije poslední vykázaná hodnota za rok 2024). Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných diabetiků na daném pracovišti Poskytovatele s hodnotou glykovaného hemoglobinu HbA1C nižší než 53 mmol/mol na všech dispenzarizovaných diabetických na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných diabetiků bude vykázan signální výkon VZP č. 13111.
- e) Kritérium prevence kardiovaskulárních onemocnění – vyšetření LDL cholesterolu - Dispenzarizovaný diabetik nejméně jednou za rok absolvuje vyšetření LDL cholesterolu v laboratoři (měřením nebo výpočtem), přičemž výslednou hodnotu LDL cholesterolu vykazuje dispenzarizující lékař (pracoviště Poskytovatele) prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 11311 (hodnota LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l), 11312 (hodnota LDL cholesterolu v rozmezí od 3,0 mmol/l do 3,2 mmol/l), 11313 (hodnota LDL cholesterolu v rozmezí od 3,2 mmol/l do 3,4 mmol/l) nebo 11314 (hodnota LDL cholesterolu od 3,4 mmol/l), kde hodnota „od“ v rámci jednotlivých signálních výkonů znamená včetně a hodnota „do“ znamená nižší než (pozn. pro hodnocení každého dispenzarizovaného diabetika se použije poslední vykázaná hodnota za rok 2024). Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných diabetiků na daném pracovišti Poskytovatele s hodnotou LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l na všech dispenzarizovaných diabetických na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných diabetiků bude vykázan signální výkon VZP č. 11311.
- f) Signální výkony uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce vykazuje dispenzarizující poskytovatel ke klinickému vyšetření, a to buď k tomu, v rámci něhož bylo vyšetření indukováno, nebo k následnému klinickému vyšetření.
3. **Bonifikace za kvalitu péče o pojištěnce Pojišťovny sledované s prediabetem** bude realizována formou úhrady ve výši **200 Kč** za každého pojištěnce s prediabetem sledovaného a registrovaného na daném pracovišti Poskytovatele odbornosti 001, tj. za pojištěnce Pojišťovny registrovaného ke dni 31. 12. 2024 na daném pracovišti Poskytovatele odbornosti 001, u kterého Poskytovatel za období od 1. 1. 2023 od 31. 12. 2024 vykázal alespoň jedenkrát výkon č. 01204 dle Seznamu výkonů (dále „sledovaný prediabetik“), a to v případě, že podíl počtu sledovaných prediabetiků, u kterých byl v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2024 jakýmkoliv jiným poskytovatelem vykázan některý z výkonů č. 01201 dle Seznamu výkonů nebo č. 09532 dle Seznamu výkonů s diagnózou E11* nebo E12* dle MKN, ku celkovému počtu sledovaných prediabetiků bude maximálně 20 %. Kritérium bude vyhodnoceno pouze v případě, že Poskytovatel na daném pracovišti odbornosti 001 registroval alespoň 10 sledovaných prediabetiků.
4. **Bonifikace za kvalitu péče o dispenzarizované pojištěnce s hypertenzí** bude realizována formou úhrady za každého pojištěnce s hypertenzí dispenzarizovaného na daném pracovišti Poskytovatele odbornosti 001, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
- a) Bonifikace ve výši **400 Kč**, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a obě kritéria uvedená v písm. d) a e) tohoto odstavce, nebo **100 Kč**, pokud Poskytovatel splní podmínky uvedené v písm. c) tohoto odstavce a jen jedno z kritérií uvedených v písm. d) nebo e) tohoto odstavce.
- b) Za dispenzarizovaného pojištěnce s hypertenzí (dále „dispenzarizovaný hypertonik“) se považuje pojištěnec Pojišťovny, který je v pravidelné péči daného pracoviště Poskytovatele odbornosti 001 a na kterého byl daným pracovištěm Poskytovatele za období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024 alespoň jednou vykázan výkon č. 09532 dle Seznamu výkonů společně s diagnózou I10* až I15*.
- c) Každé kritérium uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce se vyhodnocuje na dané pracoviště Poskytovatele a to za podmínky, že Poskytovatel na daném pracovišti odbornosti 001 dispenzarizoval v roce 2024 alespoň 10 pojištěnců Pojišťovny s hypertenzí a zároveň vykázal příslušný signální výkon alespoň u 80 % všech dispenzarizovaných hypertoniků na daném pracovišti.
- d) Kritérium sledování hodnoty krevního tlaku - Dispenzarizovaný hypertonik nejméně dvakrát za rok absolvuje měření krevního tlaku lékařem, přičemž výslednou hodnotu naměřeného krevního tlaku vykazuje dispenzarizující lékař (pracoviště Poskytovatele) prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 17711 (hodnota systolického tlaku krve do 140 mmHg), 17712 (hodnota systolického tlaku krve v rozmezí od 140 mmHg do 145 mmHg), 17713 (hodnota systolického tlaku krve v rozmezí od 145 mmHg do 150 mmHg) nebo 17714 (hodnota systolického tlaku krve nad 150 mmHg), kde hodnota „od“ v rámci jednotlivých signálních výkonů znamená včetně a hodnota „do“ znamená nižší než (pozn. pro hodnocení každého dispenzarizovaného hypertonika se použije poslední vykázaná hodnota za rok 2024). Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných hypertoniků na daném pracovišti Poskytovatele s hodnotou systolického tlaku krve do 140 mmHg na všech dispenzarizovaných

hypertonických na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných hypertoniců bude vykázán signální výkon VZP č. 17711.

- e) Kritérium prevence kardiovaskulárních onemocnění – vyšetření LDL cholesterolu - Dispenzarizovaný hypertonic nejméně jednou za rok absolvuje vyšetření LDL cholesterolu v laboratoři (měřením nebo výpočtem), přičemž výslednou hodnotu LDL cholesterolu vykazuje dispenzarizující lékař (pracoviště Poskytovatele) prostřednictvím konkrétního signálního výkonu VZP č. 11311 (hodnota LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l), 11312 (hodnota LDL cholesterolu v rozmezí od 3,0 mmol/l do 3,2 mmol/l), 11313 (hodnota LDL cholesterolu v rozmezí od 3,2 mmol/l do 3,4 mmol/l) nebo 11314 (hodnota LDL cholesterolu od 3,4 mmol/l), kde hodnota „od“ v rámci jednotlivých signálních výkonů znamená včetně a hodnota „do“ znamená nižší než (pozn. pro hodnocení každého dispenzarizovaného hypertonika se použije poslední vykázaná hodnota za rok 2024). Kritérium je splněno, pokud podíl dispenzarizovaných hypertoniců na daném pracovišti Poskytovatele s hodnotou LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/mol na všech dispenzarizovaných hypertonicích na daném pracovišti bude alespoň 50 %, tj. u alespoň 50 % dispenzarizovaných hypertoniců bude vykázán signální výkon VZP č. 11311.
 - f) Signální výkony uvedené v písm. d) a e) tohoto odstavce vykazuje dispenzarizující poskytovatel ke klinickému vyšetření, a to buď k tomu, v rámci něhož bylo vyšetření indukováno, nebo k následnému klinickému vyšetření.
5. **Bonifikace za sledování rizikovosti kmene registrovaných pojištěnců Pojišťovny** bude realizována formou úhrady ve výši 50 Kč za každý provedený, vykázaný a uznaný výkon č. 01021 nebo 01022 dle Seznamu výkonů, za podmínky, že alespoň k 80 % z těchto výkonů bude vykázán některý ze signálních výkonů VZP č. 11315, 11316 nebo 11317 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. 2024 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001, přičemž výše bonifikace se vypočte takto:
- a) Průměrné komplexní náklady na jednoho přepočteného pojištěnce Pojišťovny registrovaného ke dni 31. 12. 2024 na kterémkoliv pracovišti Poskytovatele odbornosti 001 se vypočtou jako suma všech nákladů na hrazené služby uvedené v písm. b) tohoto odstavce poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv poskytovatelem na pojištěnce Pojišťovny, který je k 31. 12. 2024 registrován na kterémkoliv pracovišti Poskytovatele odbornosti 001 ku počtu pojištěnců Pojišťovny registrovaných k 31. 12. 2024 na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 001, přepočtených dle věkových indexů dle přílohy č. 2 Vyhlášky.
 - b) Do komplexních nákladů se započítávají náklady na tyto 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. 01021, 01022, 01185, 01186, 01188, 01201, 01204, 02105, 02125, 15118, 15119 dle Seznamu výkonů - hrazené služby jsou v tomto případě ohodnoceny základní hodnotou bodu pro danou odbornost dle Vyhlášky, případně jsou zahrnuty 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 vyjímáné ATC skupiny hrazené v režimu center se Zvláštní smlouvou – centrová péče) – hrazené služby jsou v tomto případě ohodnoceny základní hodnotou bodu pro danou odbornost dle Vyhlášky, případně jsou zahrnuty 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) – hrazené služby jsou v tomto případě ohodnoceny základní hodnotou bodu pro danou odbornost dle Vyhlášky, případně jsou zahrnuty 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) tohoto odstavce nejsou zahrnuti registrovaní pojištěnci Pojišťovny, na které byly v hodnoceném období provedeny hrazené služby v odbornosti 913 dle Seznamu výkonů a dále 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 nepřesáhnou průměrné komplexní náklady na jednoho přepočteného pojištěnce Pojišťovny registrovaného k 31. 12. 2024 u všech poskytovatelů v odbornosti 001 v daném kraji, bude bonifikace stanovena ve výši od 25 Kč do 125 Kč za jednoho registrovaného pojištěnce registrovaného na pracovištích Poskytovatele takto:

$$BON_{KN} = 5 \text{ Kč} * (1,05 - \max[Srovnání KN_{PZS/kraj}; 0,80]) * 100$$

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 001 v daném kraji.

2. **Bonifikace za racionální preskripci léčivých přípravků na receptech** bude realizována formou úhrady za každého pojištěnce Pojišťovny registrovaného ke dni 31. 12. 2024 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 001, přičemž výše bonifikace se vypočte jako součet vypočtené bonifikace dle písm. a) a b) tohoto odstavce:

- a) Racionální preskripce – pokud podíl finančního objemu potenciální úspory na léčivé přípravky předepsané Poskytovatelem a vydané poskytovatelem lékařské péče v hodnoceném období (tj. úhrada za léčivé přípravky, kterou Pojišťovna potenciálně mohla ušetřit, pokud by Poskytovatel předepisoval racionálněji) ku celkové úhradě na léčivé přípravky, u kterých je možnost potenciální úspory, předepsaných Poskytovatelem a vydané poskytovatelem lékařské péče bude maximálně 15 %, bude bonifikace na jednoho registrovaného pojištěnce registrovaného na pracovištích Poskytovatele stanovena takto:

$$BON_{RP} = 15 \text{ Kč} * (1,15 - RacPres_{2024})$$

Kde:

BON_{RP} – vypočtená bonifikace za racionální preskripci;

$RacPres_{2024}$ – dosažený podíl potenciální úspory na celkové preskripci léčivých přípravků, u kterých je možnost potenciální úspory, předepsaných Poskytovatelem.

- b) Preskripce léčivých přípravků na pozitivních listech – pokud podíl úhrady léčivých přípravků na pozitivním listu Pojišťovny (pozn. aktuální pozitivní list VZP ČR je zveřejněn na webových stránkách <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/ambuleky>) předepsaných Poskytovatelem a vydaných poskytovatelem lékařské péče v hodnoceném období ku celkové úhradě léčivých přípravků v ATC skupinách, ve kterých je zařazen léčivý přípravek umístěný na pozitivním listu Pojišťovny, předepsaných Poskytovatelem a vydaných poskytovatelem lékařské péče bude alespoň 40 %, bude bonifikace na jednoho registrovaného pojištěnce registrovaného na pracovištích Poskytovatele stanovena takto:

$$BON_{PL} = 15 \text{ Kč} * (0,60 + PozList_{2024})$$

Kde:

BON_{PL} – vypočtená bonifikace za preskripci léčivých přípravků na pozitivních listech;

$PozList_{2024}$ – dosažený podíl preskripce léčivých přípravků na pozitivních listech na celkové preskripci léčivých přípravků v ATC skupinách, ve kterých je zařazen léčivý přípravek umístěný na pozitivním listu Pojišťovny, předepsaných Poskytovatelem.

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. 2025.
- 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. 2025 a uznány v Kapitálním centru.

4. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům definovaným v § 1 Vyhlášky nejsou hrazeny dle tohoto Dodatku.

Článek X. Závěrečná ustanovení

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku do 15. 2. 2024, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku mezi 16. 2. 2024 a 30. 11. 2024, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od prvního dne v měsíci, ve kterém byl uzavřen, do 31. 12. 2024. 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