

**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**
IČO: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207
Zástoupená: **Ing. Radovanem Kouřilem**
generální ředitel
se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 00 Praha 4
Zapsaná: v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze
sp. zn. A 7232
Bankovní spojení: Česká národní banka,
č.ú.: 2070101041/0710

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné
a

Adresat
Radek1
Radek2
Radek3
Radek4

Poskytovatel zdravotních služeb²⁾ : Nazev

IČO: 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.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **zdravotních služeb poskytovaných v oboru všeobecné praktické lékařství a/nebo praktické lékařství pro děti a dorost** 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“).
- Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotních služeb poskytnutých Zahraničním pojištěncům podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 6, z května 2010.
- V návaznosti na článek I. odst. 2 tohoto Dodatku se Poskytovatel zavazuje, že vykáže zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům v souladu s uvedeným metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR, a to samostatnou fakturou a dávkou. Přílohou vyúčtování musí být vyplněné „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ s tím, že „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ není nutné dokládat v případě, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

1. Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služby poskytnuté Poskytovatelem budou v roce Rok hrazeny v souladu s přílohou č. 2 vyhlášky č. 314/2024 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2025 (dále jen „Vyhláška“), a to s výjimkou ustanovení části A), bod 2. odst. b) přílohy č. 2 Vyhlášky, týkající se Základní kapitační sazby, které se na základě vzájemné dohody smluvních stran pro vyúčtování i úhradu zdravotních služeb poskytnutých Poskytovatelem v daném období výslovně nepoužije a které zároveň tímto smluvní strany pro účely tohoto Dodatku v celém rozsahu nově nahrazují následujícím ustanovením:
v případě, že poskytovatel provedl v roce 2025 preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu zdravotních výkonů, alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců OZP, se základní kapitační sazba podle písmen a) až c) navýší o 2,50 Kč.
2. **Dále k základní kapitační sazbě náleží Poskytovateli bonifikace podle Přílohy č. 1 tohoto Dodatku. S ohledem na zajištění péče v regionu s objektivním nedostatkem poskytovatelů zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a/nebo praktické lékařství pro děti a dorost bude navíc Poskytovateli přiznána bonifikace ve výši LDDNavyseniKapitacniPlatbySaturace_SplnenAtri Kč na jednoho přepočteného pojištěnce a 1 kalendářní měsíc pro příslušnou odbornost.** Smluvní strany se dále dohodly, že nad rámec výše uvedených úhrad může být Poskytovateli vyplacena bonifikace dle Přílohy č. 2 tohoto Dodatku v návaznosti na hodnocení kvality Poskytovatelem provedených zdravotních služeb ze strany pojištěnců.
3. **Dále k základní kapitační sazbě náleží Poskytovateli bonifikace podle Přílohy č. 1 tohoto Dodatku.** Smluvní strany se dále dohodly, že nad rámec výše uvedených úhrad může být Poskytovateli vyplacena bonifikace dle Přílohy č. 2 tohoto Dodatku v návaznosti na hodnocení kvality Poskytovatelem provedených zdravotních služeb ze strany pojištěnců.
4. Za registraci každého nově zaregistrovaného pojištěnce u Poskytovatele, která bude uznána v kapitačním centru, se po skončení hodnoceného období vyplatí Poskytovateli bonus 500,- Kč. Za nově registrovaného pojištěnce se považuje pojištěnec, který nebyl v pravidelné péči Poskytovatele v uplynulých dvou letech (tj. od 1.1.2023 do 31.12.2024) a na kterého Poskytovatel vykáže výkon 01021 – komplexní vyšetření praktickým lékařem nebo 02021 – komplexní vyšetření lékařem pro děti a dorost (dítě do 6 let) nebo 02024 – komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost (dítě nad 6 let). Registrace pojištěnce u bonifikovaného Poskytovatele musí být platná k 31.12.2025.
5. Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služba provedená v souvislosti s populačním programem časného záchytu osteoporózy v ČR, vykazovaná výkony s kódy Všeobecné zdravotní pojišťovny č. 11320, 11321, 11322, 11323, 11324, 11325, 11326 a 11327 bude Poskytovateli uhrazena výkonově s hodnotou bodu 1,00 Kč.
6. Pro výkony 09555 až 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.
7. Smluvní strany se dohodly, že celkový podíl hrazených služeb distančního kontaktu lékaře s pacientem vykazovaných výkonem 01305 nepřekročí 30 % všech kontaktů/epizod péče (tj. výkonů 01543, 09555, 09556 a 09557) provedených poskytovatelem. V případě překročení dohodnutého podílu 30 % kontaktů/epizod péče může zdravotní pojišťovna již proplacené výkony 01305 nad dohodnutý podíl 30 % uplatnit jako pohledávku v rámci celkového finálního vyrovnání za hodnocené období.
8. Při uplatnění vyúčtování hrazené péče bude akceptován dohodnutý postup pro pořizování, předávání a vyhodnocování dokladů v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů v platném znění (dále jen "Metodika") a Pravidly pro vyhodnocování dokladů v platném znění (dále jen "Pravidla") a jednotným datovým rozhraním vytvářeným Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „VZP ČR“) v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů a vydávaných VZP ČR v platném znění.
9. Vykazování a úhrada zdravotních služeb se provádějí podle platné Metodiky a Pravidel, s výjimkou zdravotních služeb zahrnutých do kapitační platby, které Poskytovatel za registrované pojištěnce nevykazuje.
10. Zdravotní služby poskytnuté neregistrovaným pojištěncům se považují **za nepravidelné služby**. Nepravidelné služby uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli pouze v případě, že prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem nebo se jedná o neodkladnou péči.
11. Zdravotní pojišťovna uhradí v termínech splatnosti dohodnutých ve Smlouvě Poskytovateli zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění (hrazené služby), pokud byly poskytnuty jejím pojištěncům v souladu s obecně závaznými právními předpisy v odbornostech a rozsahu dohodnutých a vymezených v příslušných přílohách Smlouvy a při splnění všech podmínek stanovených Smlouvou a obecně závaznými právními předpisy. Termíny splatnosti dohodnuté ve Smlouvě se v návaznosti na činnost Kapitačního centra upravují tak, že pokud je termín splatnosti kratší než 6 pracovních dnů po převedení údajů z Kapitačního centra, pak se za termín splatnosti považuje šestý pracovní den následující po datu převzetí údajů z Kapitačního centra Zdravotní pojišťovnou.
12. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc.
13. Kombinovaná kapitačně výkonová platba je součtem kapitační platby za Poskytovatelem registrované pojištěnce a platby za zdravotní služby hrazené Poskytovateli nad rámec kapitační platby. Výpočet kapitační platby za registrované pojištěnce se provádí v souladu s Pravidly.
14. Poskytovatel se zavazuje předávat doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce, následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace pojištěnců Zdravotní pojišťovny předávány. Na přihlášce registrovaných pojištěnců je Poskytovatel povinen uvádět odbornost pracoviště. Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po termínu uvedeném v tomto odstavci nebudou podnětem pro přepočítání výše kapitační platby.
15. Poskytovatel ztrácí v příslušném kalendářním měsíci nárok na úhradu kapitační platbou, přeruší-li poskytování zdravotních služeb na dobu delší než 3 pracovní dny v kalendářním měsíci bez zajištění poskytování zdravotních služeb pro jím registrované pojištěnce v dostupném zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele. Toto zajištění je povinen Poskytovatel na vyžádání průkazně doložit. Přerušení poskytování hrazených služeb je Poskytovatel povinen písemně oznámit Zdravotní pojišťovně a zpřístupnit tuto informaci pojištěncům. Zastupováním není poskytování hrazených služeb přerušeno, a proto zastupující poskytovatel není oprávněn za takto převzaté registrované pojištěnce vykazovat zdravotní služby zahrnuté do kapitační platby. Vykáže-li zastupující poskytovatel takové služby, Zdravotní pojišťovna je neuhradí, a pokud je uhradila, je oprávněna uhrazenou částku započíst proti dalším platbám Poskytovateli nebo požadovat, aby ji Poskytovatel uhradil na účet zdravotní pojišťovny.
16. Ordinačními hodinami se pro účely stanovení úhrady, dle části A), odst.1. přílohy č. 2 Vyhlášky rozumí ordinační hodiny sjednané ve Smlouvě mezi Zdravotní pojišťovnou a Poskytovatelem, kdy je na pracovišti Poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař daného pracoviště se specializovanou způsobilostí, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

17. Smluvní strany se dohodly, že Zdravotní pojišťovna může uplatnit regulační mechanismy uvedené v části D) přílohy č. 2 Vyhlášky s výjimkou regulací tam uvedených v bodech 1.2 a 1.4.
18. Zdravotní pojišťovna zohlední důvodný nárůst preskripce způsobený předepisováním léčivých přípravků, u kterých došlo v důsledku dohody mezi Poskytovatelem a Zdravotní pojišťovnou ke změkčení indikačních omezení.
19. Informační povinnosti vyplývající z tohoto Dodatku může Zdravotní pojišťovna plnit i prostřednictvím elektronické komunikace.
20. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby poskytnuté v roce Rok se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.Rok do 31.12.Rok, které Poskytovatel vykáže do 31.3.RokPristi. Vyhodnocení dopadu regulačních mechanismů a závěrečné finanční vyrovnání předloží Zdravotní pojišťovna Poskytovateli nejpozději do 150 dnů po skončení roku Rok a ponechá Poskyvateli 30denní lhůtu pro uplatnění případných námitek.

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 Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
12. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude Dodatek uzavřen cestou datových schránek způsobem uvedeným v článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

V dne

V dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele