

**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**
IČO: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207
Zástoupená: **Ing. Radovanem Kouřilem**
generálním ředitelem
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 služeb ²⁾ : 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.**

1. 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 2026 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.
- II.**

1. Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služby poskytnuté Poskytovatelem budou v roce 2026 hrazeny kombinovaným kapitálně výkonovým způsobem v souladu s přílohou č. 2 vyhlášky č. 432/2025 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026 (dále jen „Vyhláška“) a dále dle § 18 Vyhlášky.

2. 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.
3. Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služba provedená v souvislosti s populačním programem časného záchytu osteoporózy v ČR, vykazovaná výkony Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen „VZP ČR“), bude Poskytovateli uhrazena výkonově s hodnotou bodu 1,18 Kč pro výkony VZP č. 11320, 11321 a 11327 a s hodnotou bodu 1,00 Kč pro výkony VZP č. 11322, 11323, 11324, 11325 a 11326.
4. 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.
5. 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 VZP ČR v součinnosti se zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů a vydávaných VZP ČR v platném znění.
6. Vykazování a úhrada zdravotních služeb se provádějí podle platné Metodiky a Pravidel, s výjimkou zdravotních služeb zahrnutých do kapitační platby, které Poskyvatel za registrované pojištěnce nevykazuje.
7. Zdravotní služby poskytnuté neregistrovaným pojištěncům se považují **za nepravdivé služby**. Nepravdivé služby uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli pouze v případě, že prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem nebo se jedná o neodkladnou péči.
8. 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.
9. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc.
10. 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.
11. Poskyvatel se zavazuje předávat doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce, následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace pojištěnců předávány. Na přihlášce registrovaných pojištěnců je Poskyvatel povinen uvádět odbornost pracoviště. Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po termínu uvedeném v tomto odstavci nebudou podnětem pro přepočítání výše kapitační platby.
12. Poskyvatel 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 Poskyvatel na vyžádání průkazně doložit. Přerušení poskytování hrazených služeb je Poskyvatel povinen písemně oznámit Zdravotní pojišťovně a zpřístupnit tuto informaci pojištěncům. Zastupováním není poskytování hrazených služeb přerušeno, a proto zastupující poskyvatel není oprávněn za takto převzaté registrované pojištěnce vykazovat zdravotní služby zahrnuté do kapitační platby. Vykáže-li zastupující poskyvatel takovéto služby, Zdravotní pojišťovna je neuhradí, a pokud je uhradila, je oprávněna uhrazenou částku započíst proti dalším platbám Poskytovateli nebo požadovat, aby ji Poskyvatel uhradil na účet Zdravotní pojišťovny.
13. 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.
14. Smluvní strany se dohodly, že Zdravotní pojišťovna může uplatnit regulační mechanismy uvedené v části C) přílohy č. 2 Vyhlášky s výjimkou regulací tam uvedených v bodech 1.2 a 1.4.
15. 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.
16. Informační povinnosti vyplývající z tohoto Dodatku může Zdravotní pojišťovna plnit i prostřednictvím elektronické komunikace.
17. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby poskytnuté v roce 2026 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026, které Poskyvatel vykáže do 28. 2. RokPristi.
18. V návaznosti na termíny pro vykazování zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat zdravotní služby poskytnuté v roce 2026 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2026 s tím, že případné regulační pohledávky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem. V případě nesouhlasu s vyúčtováním může Poskyvatel vznést námitky nejpozději do 30 dnů po obdržení finančního vyrovnání.
19. Splnění podmínky dle části A) odst. 2 písm. a) přílohy č. 2 (doklad celoživotního vzdělávání lékařů) ve stanoveném termínu může být Zdravotní pojišťovnou ověřeno i prostřednictvím seznamu držitelů dokladu o celoživotním vzdělávání, který bude Zdravotní pojišťovně doložen ze strany České lékařské komory nebo příslušného profesního sdružení za předpokladu, že z takového seznamu bude zjevná i doba platnosti dokladu.

20. Smluvní strany se dohodly, že hrazené služby – výkon (VZP ČR) PODPŮRNÁ INTERVENCE U DĚTÍ S PSYCHICKÝMI POTÍŽEMI V ORDINACI PLDD PŘED PŘEDÁNÍM DO PÉČE SPECIALISTY vykazované výkonem 02035 lze Zdravotní pojišťovně vykázat k úhradě jen registrovaným pojištěncům Poskytovatele. Na výkon 02035 se vztahuje omezení frekvence možnosti vykazání, a to 1/1 den, 4/ měsíc, 6/ 6 měsíců, 8/ rok. Smluvní strany sjednávají maximální dohodnutý objem úhrady v celkové výši vypočtené pro 4 % pojištěnců registrovaných Poskytovatelem ve věkové skupině 12 až 18 let + 364 dní ke dni 31. 12. 2025 při uplatnění zmíněných regulačních omezení. Pokud celková úhrada za vykázané výkony 02035 převyšuje maximální dohodnutý objem úhrady, může Zdravotní pojišťovna uplatnit regulační srážku až do výše 100 % z překročení. Smluvní strany se zároveň s výše uvedeným výslovně dohodly, že ustanovení bodu E přílohy č. 2 Vyhlášky se nepoužije.
21. Poskytovatel podpisem tohoto Dodatku prohlašuje, že do své péče přijímá a v období kalendářního roku nadále bude přijímat nové pojištěnce. V opačném případě Poskytovatel zaškrtně pole „NE“.

NE – nepřijímám nové pojištěnce do péče

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 poštu, 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.

V //*[local-name() = "local-name"] dne _____

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele