

**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,  
pojišťoven a stavebnictví**

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**  
**generální ředitel**

se sídlem: **Roškotova 1225/1**  
**140 21 Praha 4**

zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném  
Městským soudem v Praze spis.zn. A 7232

Bankovní spojení: Česká národní banka, č. ú: 2070101041/0710

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

**Poskytovatel zdravotních služeb<sub>2</sub>:**

<b>IČ:</b>	specifikace <sub>1</sub> :	<b>IČZ<sub>3</sub>:</b>
<b>Sídlo:</b>		<b>IČP<sub>3</sub>:</b>
		<b>PSČ:</b>
<b>Zástupce:</b>		

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé uzavírají po dohodě tento

**DODATEK KAP – PL 2017**

**úhrada diferencovanou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou  
(dále jen „Dodatek“)**

**I.**

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **zdravotních služeb poskytovaných v oboru všeobecné praktické lékařství** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce 2017 Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie 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“), v případě, že se pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.
- 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.**

- Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služby poskytnuté Poskytovatelem **budou v roce 2017 hrazeny diferencovanou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou.**
- Při uplatnění kombinované kapitačně výkonové platby 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 vytvářenými 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.
- 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.
- 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.
- Zdravotní pojišťovna uhradí v termínech splatnosti dohodnutých ve Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, případně Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“) 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 datum převzetí údajů z Kapitačního centra Zdravotní pojišťovnou plus 6 pracovních dnů.
- Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc.
- 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.
- 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 předchozí větě nebudou podnětem pro přepočítání výše kapitační platby.
- 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 dát na vědomí 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 takovéto služby, Zdravotní pojišťovna je neuhradí, a pokud je uhradila, je oprávněna uhrazenou částku započíst proti dalším platbám Poskytovateli nebo požadovat, aby ji Poskytovatel uhradil.

**10. Výše kapitační platby a hodnota bodu se sjednávají ke dni účinnosti tohoto Dodatku takto:**

- 10.1. Základní kapitační sazba bude v roce 2017 činit **48,00 Kč na jednoho Poskytovatelem registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc.**
- 10.2. K základní kapitační sazbě stanovené v odst. 10.1. bude Poskytovateli přiznán pro rok 2017 **příplatek ve výši 6,00 Kč** na jednoho Poskytovatelem registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc, pokud poskytuje zdravotní služby v rozsahu alespoň 30 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinární hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu. Tento příplatek může být po předchozím posouzení a zadokumentování přiznán, i pokud s ohledem na specifické místní podmínky je dostupnost zdravotních služeb srovnatelná, a to i při odlišných ordinálních hodinách.
- 10.3. K základní kapitační sazbě stanovené v odst. 10.1. bude Poskytovateli přiznán pro rok 2017 **příplatek ve výši 2,00 Kč** na jednoho Poskytovatelem registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc, pokud poskytuje zdravotní služby v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinární hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Tento příplatek může být po předchozím posouzení a zadokumentování přiznán, i pokud s ohledem na specifické místní podmínky je dostupnost zdravotních služeb srovnatelná, a to i při odlišných ordinálních hodinách.
- 10.4. **Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců Zdravotní pojišťovny, násobeného příznakou kapitační sazbou na jednoho Poskytovatelem registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc,** která je součtem hodnoty základní kapitační sazby uvedené v odst. 10.1. a příplatku k základní kapitační sazbě uvedenému v odst. 10.2. nebo 10.3.
- 10.5. Počet přepočtených pojištěnců Zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu Poskytovatelem registrovaných pojištěnců Zdravotní pojišťovny v jednotlivých skupinách, násobených indexem příslušné věkové skupiny. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce Zdravotní pojišťovny v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce Zdravotní pojišťovny ve věkové skupině 15-19 let.

Věková skupina	Index	Věková skupina	Index	Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,97	30 – 34 let	1,00	60 – 64 let	1,50
5 – 9 let	1,80	35 – 39 let	1,05	65 – 69 let	1,70
10 – 14 let	1,35	40 – 44 let	1,05	70 – 74 let	2,00
15 – 19 let	1,00	45 – 49 let	1,10	75 – 79 let	2,40
20 – 24 let	0,90	50 – 54 let	1,35	80 – 84 let	2,90
25 – 29 let	0,95	55 – 59 let	1,45	85 a více let	3,40

- 10.6. **Na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotních služeb poskytnutých Poskytovatelem registrovaným pojištěncům Zdravotní pojišťovny a porovnáním s obdobnými náklady na zdravotní služby u jiných poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství může být kapitační platba stanovená dle odst. 10.1. smluvně upravena, a to způsobem a při splnění podmínek uvedených v Části I. Přílohy č. 1 tohoto Dodatku.** Zdravotní pojišťovna se zavazuje čtvrtletně zpracovávat přehledy Komplexního hodnocení nákladovosti Poskytovatele a předávat je Poskytovateli v dohodnuté podobě nejpozději do 90 dnů po skončení účtovaného čtvrtletí. Případné změny výše kapitační platby vyplývající z aktuálního výpočtu komplexního hodnocení nákladovosti (KHN) budou realizovány s účinností od 1. dne prvního měsíce čtvrtletí následujícího po provedení výpočtu.
- 10.7. **Bonifikace ostatních parametrů dle Části II. Přílohy č. 1 tohoto Dodatku bude Zdravotní pojišťovnou uhrazena jednorázově v rámci finančního vyrovnání roku 2017.** Bonifikace budou v rámci finančního vyrovnání započteny pouze v případě, že Poskytovatel Zdravotní pojišťovně doloží všechny potřebné dokumenty a potvrzení do 31. 3. 2018. V případě doručení dokumentů po tomto termínu nebude Zdravotní pojišťovna provádět dodatečné vyhodnocení bonifikací.
- 10.8. Poskytovatel se v návaznosti na výše uvedené zavazuje neposkytovat o způsobu výpočtu a hodnocení bez písemného svolení Zdravotní pojišťovny informace třetí osobě.
- 10.9. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy Poskytovatel má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců, než je 70% celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců spravovaného VZP ČR) a poskytování takových zdravotních služeb je nezbytné ke splnění povinností Zdravotní pojišťovny podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“).
- 10.10. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90% kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílí Zdravotní pojišťovna procentem odpovídajícím procentu jejich pojištěnců z přepočtených registrovaných pojištěnců Poskytovatele.
- 10.11. **Hodnota bodu pro úhradu zdravotních služeb nezahrnutých do kapitačních plateb, pro úhradu nepravidelných služeb a pro úhradu zdravotních služeb poskytnutých Zahraničním pojištěncům,** vyúčtovaných dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), bude činit v roce 2017 **1,08 Kč/bod.**
- 10.12. **Pro výkony 01021, 01022, 02100, 02105, 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč/bod,** přičemž pro výkony pravidelného očkování 02105 a 02125 musí být splněny následující podmínky (podmínky uvedené v písm. b) se týkají pouze výkonu povinného očkování – 02105):
  - a) Vykázání jednoho příslušného kódu očkování a vykázání jednoho kódu ZULP příslušné očkovací látky v aplikovaném množství a příslušné diagnózy dle platné Metodiky pro provádění pravidelného očkování, pokud se zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven nedohodnou jinak. Platnou Metodiku Zdravotní pojišťovna zveřejní prostřednictvím dálkového přístupu na webových stránkách. V případě nesplnění této podmínky nebude výkon očkování uhrazen.
  - b) Splnění povinnosti zabezpečit další podmínky týkající se objednávání, likvidace a sledování údajů o stavu skladových očkovacích látek k 30. 6. 2017 a 31. 12. 2017 a předávání informací nezbytných pro zúčtování do Clearingového centra, včetně realizace objednávek pouze u Zdravotní pojišťovnou sděleného distributora. V případě nesplnění této podmínky budou výkony očkování uhrazeny ve výši 0,60 Kč/bod.
- 10.13. **Hodnota bodu dopravních služeb** používaných v návštěvní službě, pokud není mezi Poskytovatelem a Zdravotní pojišťovnou smluvně sjednán paušální způsob úhrady, **bude v roce 2017 činit 0,90 Kč/bod.**
- 10.14. Za každý poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný **výkon č. 09543** podle Seznamu zdravotních výkonů se stanoví úhrada **30,- Kč.** Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.
- 10.15. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství, který do 31.3.2018 předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), se zvýší roční úhrada o **K x 35 000 Kč**, kde K – koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba, uvedený ve vyhlášce č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017. Úhrada bude provedena jednorázově v rámci finančního vyrovnání roku 2017.

11. Smluvní strany se dohodly, že aktuální výše kapitační platby na jednoho Poskytovatelem registrovaného jednicového pojištěnce na kalendářní měsíc a základní hodnota bodu pro úhradu zdravotních služeb nezahrnutých do kapitační platby a pro úhradu nepravidelných služeb, budou pro příslušné období sdělovány prostřednictvím zúčtovacích zpráv.
12. Smluvní strany se dohodly na **uplatnění regulačních mechanismů**:
  - 12.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) předepsané Poskytovatelem vztahené na jednoho přepočteného pojištěnce Zdravotní pojišťovny dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2017 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) předepsané Poskytovatelem v roce 2016 a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) předepsané Poskytovatelem v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2016, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5% z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5% překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplátky za léčivé přípravky, u nichž předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle ustanovení § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., a které Zdravotní pojišťovna uhradila. Pokud Poskytovatel doloží, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (s výjimkou pomůcek pro inkontinentní) vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců, použije Zdravotní pojišťovna regulační omezení přiměřeně. Vystaví-li Poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady částka 101 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2016.
  - 12.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 (dále jen „ve Vyjmenovaných odbornostech“), podle Seznamu zdravotních výkonů a za výkony CRP (02230) a INR (01443), popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Zdravotní pojišťovnou, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2017 převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2016 a zároveň pokud celková úhrada za Poskytovatelem vyžádanou péči v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2016, Zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5% z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5% překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30% z překročení.
13. Regulační omezení podle odst. 12. se nepoužijí nebo použijí jen zčásti, pokud Poskytovatel důvodně poskytne zdravotní služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad nebo pokud Zdravotní pojišťovna rozбором vykázaných služeb zjistí, že nastaly skutečnosti, jejichž akceptace je částečně nebo úplně vhodná (např. mimořádný nárůst nákladově odlišných pacientů apod.). Předmětem zohlednění nebudou náklady za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž cena by v případě úhrady z veřejného zdravotního pojištění byla rovna nebo nižší než 50,- Kč.
14. Regulační omezení podle odst. 12. se nepoužijí, pokud Poskytovatel v roce 2017 registroval 50 a méně pojištěnců Zdravotní pojišťovny.
15. Úhrady za zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům nepodléhají regulačním omezením.
16. Zdravotní pojišťovna nepoužije regulační omezení podle odst. 12.1, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovatelem v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotních služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
17. Zdravotní pojišťovna nepoužije regulační omezení podle odst. 12.2, pokud celková úhrada za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2017 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tyto zdravotní služby na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
18. Zdravotní pojišťovna nepoužije regulační omezení dle odst. 12. u Poskytovatelů zařazených do komplexního hodnocení nákladovosti (KHN – viz Příloha č. 1, Část I. tohoto Dodatku) pokud celkové započtené náklady hodnocených skupin přepočtených na jednoho Poskytovatelem registrovaného pojištěnce roku 2017 nepřevyší celkové započtené náklady hodnocených skupin přepočtených na jednoho Poskytovatelem registrovaného pojištěnce roku 2016.
19. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 12. maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté Zdravotní pojišťovnou Poskytovateli za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2017.
20. Informační povinnosti vyplývající z tohoto Dodatku může Zdravotní pojišťovna plnit i prostřednictvím elektronické komunikace.
21. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby poskytnuté v roce 2017 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2017 do 31.12.2017, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2018. Vyhodnocení dopadu regulačních mechanismů předloží Zdravotní pojišťovna Poskytovateli nejpozději do 120 dnů po skončení roku 2017 a ponechá Poskytovateli 30denní lhůtu pro uplatnění případných námitek.
22. V případě uplatnění námitek k vyhodnocení regulačních mechanismů za rok 2017 se Poskytovatel zavazuje uvést Zdravotní pojišťovně důvody překročení parametrů úhrad uvedených v tomto Dodatku, tj. konkrétní zdůvodnění zvýšených nákladů.

### 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 účinností dnem zveřejnění podle zákona č. 48/1997 Sb.
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 1.1.2017 do 31.12.2017.
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.
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.

## Čestné prohlášení

Já, níže podepsaný Poskytovatel prohlašuji, že jsem v roce 2016 splnil x nesplnil (nehodící se škrtněte) podmínky pro přiznání bonifikace dle Přílohy č. 1 k Dodatku KAP - PL 2017 Části II. písmeno a) aktivní účast na celoživotním vzdělávání.

Protože v ordinační době doposud evidované Zdravotní pojišťovnou u mnou provozovaného zdravotnického zařízení dochází ke změně, uvádím níže aktuální údaje a žádám o jejich zaevidování s účinností od: ..... 2017. Beru na vědomí a stvrzuji svým podpisem, že nevyplním-li níže uvedenou tabulku, bude Zdravotní pojišťovna v takovém případě při stanovování výše kapitační platby vycházet z údajů evidovaných Zdravotní pojišťovnou k datu 1. 11. 2016.

Den:	Ordinační doba od – do (údaje, kdy je lékař pro pacienta fyzicky dostupný a které jsou uvedeny na dveřích ordinace)
Po	
Út	
St	
Čt	
Pá	

V Praze

dne

\_\_\_\_\_

V

dne

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
za Zdravotní pojišťovnu

\_\_\_\_\_  
za Poskytovatele