

**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.: 207010104/0710

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

**Poskytovatel zdravotních služeb<sup>2)</sup>:**

<b>IČ:</b>	specifikace <sup>1)</sup> :	<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 – PLDD 2021**

**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 praktické lékařství pro děti a dorost**, hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých **v roce 2021** 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 zdravotních služeb (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.**

- Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služby poskytnuté Poskytovatelem **budou v roce 2021 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 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.
- 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 nebo se jedná o neodkladnou péči.
- 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 šestý pracovní den následující po datu převzetí údajů z Kapitačního centra Zdravotní pojišťovnou.
- 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 uvést 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 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 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. Ordinačními hodinami jsou pro účely stanovení úhrady dle níže uvedených ustanovení 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.

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

- 10.1. Základní kapitační sazba bude v roce 2021 činit **50,00 Kč na jednoho Poskytovatelem registrovaného přepočteného pojištěnce Zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc.**

- 10.2. K základní kapitační sazbě stanovené v odst. 10.1. tohoto Dodatku Poskytovateli bude přiznán pro rok 2021 **příplatek ve výši 6,00 Kč** na jednoho Poskytovatelem registrovaného přepočteného pojištěnce Zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc, pokud poskytuje zdravotní služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační 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 ordinačních hodinách.

- 10.3. **Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců Zdravotní pojišťovny, násobeného přiznanou celkovou kapitační sazbou na jednoho Poskytovatelem registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc.**

- 10.4. Počet přepočtených pojištěnců Zdravotní pojišťovny se vypočte vynášením 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. Hodnota indexu je vyjádřena v následující tabulce dle věku pojištěnce:

Věková skupina	Index	Věková skupina	Index	Věková skupina	Index
0 – 4 roky	4,10	30 – 34 let	1,00	60 – 64 let	1,50
5 – 9 let	1,90	35 – 39 let	1,05	65 – 69 let	1,70
10 – 14 let	1,45	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

**IF Nedostupnost = 1**

- 10.5. **K základní kapitační sazbě náleží Poskytovateli Bonifikace podle Přílohy č. 1, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku.** S ohledem na zajištění péče v regionu s objektivním nedostatkem PL a PLDD bude navíc Poskytovateli přiznána **bonifikace ve výši 3,00 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce a 1 kalendářní měsíc.**

**ELSE**

- 10.5. **K základní kapitační sazbě náleží Poskytovateli Bonifikace podle Přílohy č. 1, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku.**

**ENDIF**

- 10.6. Poskytovateli, který před začátkem roku 2021 nebo v jeho průběhu roku předložil Zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo dětské lékařství nebo pediatrie a doloží, že školí lékaře v rámci vzdělávacího programu, **se základní kapitační sazba uvedená v odst. 10.1. tohoto Dodatku navýší o 1,00 Kč.** Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce následujícího po předložení rozhodnutí o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo dětské lékařství nebo pediatrie do konce platnosti akreditace, nejdéle však do konce roku 2021.

- 10.7. V případě, že Poskytovatel Zdravotní pojišťovnou doloží nejpozději do 31.1.2021, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovnou, tj. působí u Poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo profesním sdružením v souladu se stanovými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2021, se Poskytovatelem **navýší základní kapitační sazba uvedená v odst. 10.1. tohoto Dodatku o 0,60 Kč.**

- 10.8. V případě, že poskytovatel předepsal v roce 2019 z celkového předepsaného objemu antibiotik 2/3 antibiotik ze skupiny penicilinů nebo aminopenicilinů, tj. z ATC skupiny J01CA a J01CE (do této skupiny se nepočítají potencované aminopeniciliny) anebo potencovaných aminopenicilinů, **navýší se základní kapitační sazba uvedená v odst. 10.1. tohoto Dodatku o 2,00 Kč.**

- 10.9. Poskytovatel se v návaznosti na výše uvedené zavazuje neposkytovat o způsobu výpočtu a hodnocení bez písemného svolení Zdravotní pojišťovny informace třetí osobě.

- 10.10. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy s ohledem na geografické podmínky má Poskytovatel 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 § 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.“).

- 10.11. 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.

- 10.12. **V roce 2021 bude činit hodnota bodu pro úhradu zdravotních služeb nezahrnutých do kapitačních plateb a pro úhradu nepravidelných služeb, 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“) 1,16 Kč/bod.**

**Pro výkony 02021, 02022, 02031, 02032, 02037, 02039 a výkony očkování 02100, 02105, 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,16 Kč/bod.**

- 10.13. **Hodnota bodu služeb přepravy používaných v návštěvní službě, pokud není mezi Poskytovatelem a Zdravotní pojišťovnou smluvně sjednan paušální způsob úhrady, bude v roce 2021 činit 1,00 Kč/bod.**

- 10.14. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu pro rok 2021 **ve výši 1,26 Kč/bod.**

- 10.15. Hodnota bodu uvedená v odst.10.12. tohoto Dodatku se Poskytovateli navýší za splnění následujících podmínek následovně:

- o **0,04 Kč/bod** v případě, že Poskytovatel Zdravotní pojišťovně doloží nejpozději do 31.1.2021, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Zdravotní pojišťovny, tj. působí u Poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu celoživotní vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2021;
- o **0,05 Kč/bod** v případě, že Poskytovatel poskytuje zdravotní služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.

- 10.16. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný **výkon č. 01543 (VZP) – epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče** se stanoví úhrada **ve výši 65,- Kč.**

- 10.17. Poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který do 31. 3. 2022 předloží Zdravotní pojišťovně za období uvedené v článku III. odst. 5 tohoto Dodatku (dále jen „hodnocené období“) potvrzení Poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 002, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), se zvýší roční úhrada o **K x 40 000 Kč**, kde K – koeficient poměru počtu pojištěnců Zdravotní pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba, uvedený ve vyhlášce č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (dále jen „Vyhláška“). Úhrada bude provedena jednorázově v rámci finančního vyrovnání roku 2021.
- 10.18. V rámci finančního vyrovnání roku 2021 obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
11. Smluvní strany se dohodly, že aktuální výše kapitační platby na jednoho Poskytovatelem registrovaného přepočteného 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. Za každý Poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon 09115 podle seznamu výkonů, vykázaný u pacientů s diagnózou U70.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se Poskytovateli navyšuje úhrada o 100,- Kč. Je-li s výkonem 09115 a diagnózou U70.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí současně vykázan a zdravotní pojišťovnou uznán jeden z výkonů 01150, 01160, 01170 nebo 01180 potom se Poskytovateli navyšuje úhrada o 300,- Kč. Navyšení o 100,- Kč nebo 300,- Kč bude Poskytovateli proplaceno v rámci finančního vyrovnání za rok 2021.
13. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů uvedených ve Vyhlášce, v Příloze č. 2, části D) s výjimkou regulací uvedených v bodech 1.2 a 1.4.
14. 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.
15. Informační povinnosti vyplývající z tohoto Dodatku může Zdravotní pojišťovna plnit i prostřednictvím elektronické komunikace.
16. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby poskytnuté v roce 2021 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od **DATUM(DATE)** do 31. 12. 2021, které Poskytovatel vykáže do 31. 3. 2022. Vyhodnocení dopadu regulačních mechanismů a závěrečné finanční vyrovnání předloží Zdravotní pojišťovna Poskytovateli nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2021 a ponechá Poskytovateli 30 ti denní lhůtu pro uplatnění případných námitek.
17. V případě uplatnění námitek k vyhodnocení regulačních mechanismů za rok 2021 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.
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 **DATUM(DATE)** do 31. 12. 2021.
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.

**If usekzz = 3** then V Ostravě  
Else V Praze

dne

V

dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele