

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

IČO: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zastoupená: **Ing. Radovanem Kouřilem**
generálním ředitelemSe sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 00 Praha 4Zapsaná: v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze
sp. zn. A 7232

Bankovní spojení:

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné

a

Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 511/8
779 00 Olomouc 9**Poskytovatel zdravotních služeb²⁾ : Univerzita Palackého v Olomouci**

IČO: 61989592

specifikace¹⁾:

IČZ: 89101860

Sídlo: Křížkovského 511/8

779 00 Olomouc 9

Zástupce: Michael Kohajda Ph.D.

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé

uzavírají po dohodě tento

Úhradový dodatek A-VU 2025

(dále jen „Dodatek“)

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše **úhrady specializovaných ambulantních zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce 2025 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 **specializované ambulantní zdravotní služby** poskytované pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2025 Poskytovatelem, vykázané dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „*Seznam zdravotních výkonů*“), budou **hrazeny podle Přílohy č. 3 vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025** (dále jen „*Vyhláška*“). Smluvní strany se dále dohodly, že za účelem zajištění dostupnosti zdravotních služeb v souladu s Memorandem uzavřeným dne 31. 10. 2024 za účelem udržení a zlepšování dostupnosti zdravotní péče a zajištění stability poskytování specializované ambulantní péče tímto společně a nad rámec znění Vyhlášky sjednávají, že:
 - a) ustanovení Přílohy č. 3 Vyhlášky se v části A), bodě 1, písm. j), v bodě iii. a dále v části A), bodě 2, písm. e), v bodě iii. (navýšení hodnoty bodu) pro účely tohoto Dodatku a vzájemného smluvního vztahu doplňuje o následující ustanovení:

„ , nebo 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 10 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal Zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a zároveň poskytovatel v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin,“
 - b) ustanovení Přílohy č. 3 Vyhlášky se v části A), bodě 3, písm. d) (definice parametru KN, tj. koeficientu navýšení) pro účely tohoto Dodatku a vzájemného smluvního vztahu doplňuje o následující ustanovení:

„ , nebo hodnoty 0,04 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 10 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal Zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a zároveň poskytovatel v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin,“
 - c) pro účely výše uvedených odst. a) a b) bude podmínka rozsahu a rozložení ordinačních hodin v dané odbornosti považována za splněnou, pokud: poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle seznamu výkonů (dále jen „*operační obory*“), jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18:00 hod. nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7:00 hod. nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7:00 hod. a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18:00 hod., přičemž tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
2. Smluvní strany se dohodly, že za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku ve výši 53 Kč bez dalších omezení. Pro výkony 09555 až 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.
3. Smluvní strany se dohodly, že nad rámec smluvně sjednaných úhrad bude Poskytovateli v rámci finančního vyrovnání uhrzeno:
 - **200 Kč za každé ošetření pacienta s poruchou autistického spektra** Poskytovatelem v **klinické odbornosti nebo v** odbornosti 903 klinická logopedie, a to v případě, že na pojištěnce bude Poskytovatelem vykázan kód klinického vyšetření a současně bude na pacienta vykázan jeho registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství (dále jen „*VPL*“) kdykoli v minulosti výkon č. 02241 – Signální kód edukace pacienta a pečující osoby pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost a VPL v souvislosti s předáním průkazu osoby s PAS na základě diagnózy PAS.
 - Poskytovateli v odb. 901 klinická psychologie a 903 klinická logopedie bonifikace dle Přílohy č. 2 tohoto Dodatku v návaznosti na **hodnocení kvality Poskytovatelem provedených zdravotních služeb ze strany pojištěnců**.
4. Smluvní strany se dohodly, že za specializované ambulantní zdravotní služby poskytnuté v roce 2025 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 01.01.2025 do 31. 12. 2025, které Poskytovatel vykáže do 31. 3. 2026.
5. V návaznosti na termíny pro vykázaní zdravotních služeb uvedené v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady dle předchozích ustanovení za rok 2025 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2025 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
6. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude zasílat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tato povinnost ze strany Poskytovatele splněna, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.

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 01.01.2025 do 31.12.2025.
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 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 Ostravě, dne _____

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele

4. 7. 2025

doc. JUDr.
Michael
Kohajda
Ph.D.

Digitálně podepsal
doc. JUDr. Michael
Kohajda Ph.D.
Datum: 2025.06.23
21:46:22 +02'00'

Popis:

Zdravotní péče je v širším kontextu chápána jako služba, která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje tak, aby spolehlivě uspokojily potřeby v oblasti prevence a péče těch nejpotřebnějších, a to bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků odborné úrovně.

Jedním z pohledů na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb je hodnocení spokojenosti samotných pacientů – vnímání kvality zdravotní služby pacientem vč. plnění jeho potřeb a přání. Pacient vnímá a hodnotí zejména chování a jednání zdravotnických pracovníků, zda byl ošetřován s úctou a ohledem, a dále hodnotí plánování a kontinuitu poskytované péče, dostatek informací a způsob komunikace. Jeho pohled je pro zdravotní pojišťovnu nezbytným parametrem v měření kvality péče, a proto OZP v roce 2025 pokračuje v realizaci programu bonifikace pro ambulantní poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu poskytnuté péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem.

Jedná se o ohodnocení kvality poskytnuté péče formou rozdělování bodů z přiděleného bodového rozpočtu mezi pojištěncem navštívené ambulantní poskytovatele s využitím platformy elektronické komunikace VITAKARTA (nebo její mobilní verzi mVITAKARTA) při respektování dále uvedených zásad.

I. Poskytovatelé zdravotních služeb zařazení do hodnocení pojištěnci

1. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále jen „OZP“) a Poskytovatel si dodatkem ke smlouvě sjednali možnost výplaty bonifikace v návaznosti na hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb Poskytovatelem ze strany pojištěnců (dále jen „program hodnocení kvality pojištěnci“).
2. Program hodnocení kvality pojištěnci je realizován formou rozdělování bodů z přiděleného bodového rozpočtu mezi pojištěncem navštívené poskytovatele s využitím platformy elektronické komunikace VITAKARTA (nebo její mobilní verzi mVITAKARTA) a při respektování dále uvedených pravidel.
3. Do programu hodnocení kvality pojištěnci je zařazen poskytovatel zdravotních služeb, který uzavřel s OZP dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb, jehož přílohu tvoří tato pravidla (dále jen „zařazený PZS“).

II. Pravidla programu hodnocení kvality pojištěnci

1. Pojištěnec má založenou identitu a aktivně používá VITAKARTU.
2. Pojištěnec čerpá u zařazeného PZS hrazenou zdravotní službu, v případě poskytovatelů primární péče je jeho registrovaným pacientem.
3. Pojištěnec provede prostřednictvím VITAKARTY kontrolu svého výpisu „Přehledu uhrazené péče“ a v případě, že péči vykázanou zařazeným PZS odsouhlasí, bude mít možnost tomuto zařazenému PZS přidělit body ze svého bodového rozpočtu.
4. Každému pojištěnci bude prostřednictvím VITAKARTY přiděleno k 1. 3. daného roku (dále jen „hodnocené období“) určité množství bodů (tzv. bodový rozpočet) k rozdělení mezi jím navštívené zařazené PZS v hodnoceném období. Bodový rozpočet je vázán na zdravotní službu poskytnutou v hodnoceném období – nelze ho převádět na jiné období.
5. Počet zařazených PZS jimž pojištěnec může přidělit určité množství bodů, není limitován, zároveň je však možnost přidělit celý bodový rozpočet pouze jednomu zařazenému PZS.

III. Výplata bonifikace

1. Po uplynutí 1. pololetí hodnoceného období obdrží zařazení PZS, jimž byl přidělen alespoň jeden bod, průběžnou informaci o dosavadním výsledku hodnocení pojištěnci.
2. Po skončení hodnoceného období stanoví pojišťovna na základě celkového počtu přidělených bodů (PB) a celkové částky ($CČ$) určené na tento bonifikační program hodnotu bodu
$$(HB): HB = \min\left(\frac{CČ}{PB}; HB_{max}\right)$$
3. Pro výplatu bonifikace z programu hodnocení kvality pojištěnci jednotlivým zařazeným PZS se bude výsledná částka v Kč rovnat součtu bodů vynásobeného stanovenou hodnotou bodu.
4. Vyplacení bonifikace bude realizováno za celé hodnocené období, a to nejpozději k datu provedení finančního vyrovnání.
5. Zařazený PZS zároveň obdrží souhrnnou informaci o jeho celkovém hodnocení pojištěnci, včetně výpočtu bonifikace. Tato informace bude obsahovat alespoň počet pojištěnců, kteří danému zařazenému PZS přidělili body, celkový počet přidělených bodů danému zařazenému PZS, celkový počet bodů přidělený všem zařazeným PZS za celé hodnocené období a výpočet bonifikace.

Všechny podpisy jsou platné.

Ověření platnosti zajišťovacích prvků provedeno k 03.07.2025 16:31:03.278

Podepsal(a): Elektronická pečeť OZP

Čas podepsání: 18.06.2025 11:43:11

- ✓ Toto je kvalifikovaná elektronická pečeť.
- ✓ Dokument se od aplikování podpisu nezměnil.
- 🕒 Podpis obsahuje kvalifikované časové razítko

Čas razítka: 18.06.2025 11:43:12.000

Datum a čas rozhodné pro ověření: 18.06.2025 11:43:12.000

✓ Podpis je platný

Podrobnosti o certifikátu

SN: 23819633

Vydal: PostSignum Qualified CA 4

Platný od: 09.05.2025 08:55:22

Platný do: 28.05.2028 08:55:22

✓ kvalifikovaný certifikát pro el. pečeť

Kontrola revokace certifikátu: OCSP

Podepsal(a): doc. JUDr. Michael Kohajda Ph.D.

Čas podepsání: 23.06.2025 21:46:22

- ✓ Toto je kvalifikovaný elektronický podpis.
- ✓ Dokument se od aplikování podpisu nezměnil.
- 🕒 Podpis obsahuje kvalifikované časové razítko

Čas razítka: 23.06.2025 21:46:25.000

Datum a čas rozhodné pro ověření: 23.06.2025 21:46:25.000

✓ Podpis je platný

Podrobnosti o certifikátu

SN: 23817219

Vydal: PostSignum Qualified CA 4

Platný od: 05.05.2025 18:02:42

Platný do: 24.05.2028 18:02:42

✓ kvalifikovaný certifikát pro el. podpis

Kontrola revokace certifikátu: OCSP