

|  |
| --- |
| **Poskytovatel** 2) **:**   |
|  **IČ:**  | specifikace1) :  | **IČZ** 3)**:**  |
|  **Sídlo:**  | **IČP**  3)**:** |
| **PSČ :**  |
|  **Zástupce:**  |

**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

**\* 0 / 0**

Kontaktní adresa:

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé

uzavírají po dohodě tento

**DODATEK S-AGR 2022**

(dále jen „Dodatek“)

**I.**

1. Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **zdravotních služeb v oboru zubní lékařství** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých **v roce 2022** 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 spoluprácia pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečenívztahující se i na oblast zdravotnípéče (dále jen „Zahraniční pojištěnec“).
2. 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.
3. 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 v oboru zubní lékařství,** poskytnuté Poskytovatelem pojištěncůmZdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům, **budou v roce 2022 hrazeny následovně**:
	1. **Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce** bude hrazena ve smyslu přílohy č. 11, část A), vyhlášky č. 396/2021 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022 (dále jen „Vyhláška“) za těchto podmínek:

Výše agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc bude činit:

* **18 Kč** v případě, že Poskytovatel nejpozději do 31.1.2022 doloží, že registrující lékař pojištěnce je držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2022; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí Zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů. Pokud Poskytovatel doloží doklad celoživotního vzdělávání zubních lékařů v průběhu roku 2022, bude základní agregovaná úhrada navýšena o 2,- Kč od prvního dne následujícího měsíce po předložení dokladu,
* **16 Kč** v ostatních případech (také jen „základní agregovaná úhrada“).

Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnců Zdravotní pojišťovny v příslušném kalendářním měsíci roku 2022 a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny podle výše uvedených bodů.

Smluvní strany se dohodly, že do agregované úhrady za registrovaného pojištěnce jsou zahrnuty tyto činnosti:

* provizorní výplně, zábrusy a přeleštění ostrých hran zubů a výplní, aplikace slizniční anestézie, ošetřování běžných afekcí a zánětů gingivy a sliznice dutiny ústní, parodontu (zejména parodontální absces, ošetření afty, herpesu nebo dekubitu způsobeného snímací náhradou), konzervativní ošetření dentitio difficilis bez ohledu na počet návštěv,
* lokální fluoridace s vysušením podle přílohy č. 1 zákona,
* pokud to vyžaduje zdravotní stav pojištěnce nad 18 let věku, kontrola ústní hygieny, kontrola interdentální hygieny, motivace pojištěnce po orientačním vyšetření chrupu, paradontu, sliznic a měkkých tkání dutiny ústní,
* vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti
* odeslání pojištěnce na specializované pracoviště či konzultace praktického lékaře nebo specialisty všeobecné medicíny
* předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
* poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy
	1. Hrazené zdravotní služby v oboru zubní lékařství budou hrazeny ve výši úhrad a za podmínek uvedených v příloze č. 11, část B), Vyhlášky. Hrazenými zdravotními službami se rozumí zdravotní služby poskytované Poskytovatelem v oboru zubní lékařství, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění;
	2. Plně hrazené stomatologické výrobky poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům Poskytovatelem budou v roce 2022 hrazeny v ceně vykázané Poskytovatelem, maximálně však do ceny uvedené v Cenovém rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR, kterým se stanoví maximální ceny stomatologických výrobků plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v platném znění. Plně hrazeným stomatologickým výrobkem se rozumí výrobek uvedený a označený symbolem „I“ v příloze č. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“). Plně hrazené stomatologické výrobky podle přílohy č. 4 Zákona,
	ve znění účinném do 31. 12. 2021, které se za předpokladu splnění podmínek uvedených v čl. II bodu 9 první věty zákona
	č. 371/2021 Sb. hradí v roce 2022 v rozsahu a za podmínek stanovených v příloze č. 4 Zákona, ve znění účinném
	do 31.12. 2021, poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům Poskytovatelem, budou v roce 2022 hrazeny v ceně vykázané Poskytovatelem, maximálně však do ceny uvedené v Cenovém rozhodnutí MZČR č. 6/2020/CAU
	ze dne 18. února 2020;
	3. Stomatologické výrobky částečně hrazené ze zdravotního pojištění poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny
	a Zahraničním pojištěncům Poskytovatelem budou v roce 2022 hrazeny ve výši stanovené v příloze č. 4 Zákona. Stomatologické výrobky částečně hrazené ze zdravotního pojištění podle přílohy č. 4 Zákona, ve znění účinném do 31.12 2021, které se za předpokladu splnění podmínek uvedených v čl. II bodu 9 první věty zákona č. 371/2021 Sb. hradí v roce 2022 v rozsahu a za podmínek stanovených v příloze č. 4 Zákona, ve znění účinném do 31.12. 2021, poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny a Zahraničním pojištěncům Poskytovatelem, budou v roce 2022 hrazeny ve výši stanovené v příloze č. 4 Zákona,
	ve znění účinném do 31. 12. 2021.
	4. Léčba ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I bude v roce 2022 vykazována a hrazena prostřednictvím dvou VZP-kódů:

00800 – Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I, který je definován takto:

**Popis výkonu:** Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý při zahájení léčby a při pokračování v léčbě v kalendářním roce, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.

**Regulační omezení:** Lze vykázat 2 / 1 čelist / 1 pojištěnce. Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00982 a 00801. Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry). Vykazuje odbornost 015 podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

**Výše úhrady:** 8 629 Kč

**Lokalizace:** čelist

00801 – Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I, který je definován takto:

**Popis výkonu:** Náklady na veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý v průběhu léčby v jednom kalendářním roce, tj. v rámci kontrol vykazovaných kódem 00983, s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát, a to včetně případného prefabrikovaného intraorálního oblouku (nasazení se vykazuje kódem 00991) a parciálního oblouku (navázání se vykazuje kódem 00993).

**Regulační omezení:** Lze vykázat 1 / 1 čelist/ 1 kalendářní rok/ 1 pojištěnce. Lze vykázat při první kontrole léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl vykázán kód 00800, a to pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelist, nezapočítávají se třetí moláry). Vykazuje odbornost 015 podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

**Výše úhrady:** 1 500 Kč

**Lokalizace:** čelist

Podpisem tohoto Dodatku smluvní strany sjednávají pro rok 2022 jak výkony s VZP kódy 00800 a 00801 definované výše, tak výkony s kódy 00995, 00996, 00997, 00998 a 00999 uvedené ve vyhlášce.

1. 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 10 pracovních dnů po převedení údajů z Kapitačního centra, pak se za termín splatnosti považuje desátý pracovní den následující po datu převzetí údajů z Kapitačního centra Zdravotní pojišťovnou.
2. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc.
3. 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 přepočet výše agregované úhrady.
4. V rámci celkového finančního vyrovnání obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2022, na základě které dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
5. Smluvní strany se dohodly, že nad rámec výše uvedených úhrad může být Poskytovateli vyplacena bonifikace dle přílohy č. 1 tohoto Dodatku v návaznosti na hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb Poskytovatelem ze strany pojištěnců.
6. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude postupovat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tento závazek ze strany Poskytovatele splněn, lhůta splatnosti dohodnutá smluvními stranami se prodlužuje o dobu nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.
7. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude postupovat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tento závazek ze strany Poskytovatele splněn, 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“). Smluvní strany prohlašují, že prostřednictvím dohody uvedené v článku II. tohoto Dodatku může být upraven způsob a výše úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví Vyhláška. Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté Zákona.
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 DATUM do 31.12.2022.
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 | Ostravě  | dne |  |  | V |  | dne |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| za Zdravotní pojišťovnu |  | za Poskytovatele |