

**Dodatek č. 38**  
**ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb**  
č. 1860B001 ze dne 8. 3. 2018 (dále jen „Smlouva“)  
(kombinovaná kapitačně výkonová platba u všeobecných praktických lékařů)

uzavřené mezi smluvními stranami:

<b>Poskytovatel zdravotních služeb:</b>	<b>Sdružená ambulantní péče Vysočina s.r.o.</b>
<b>Sídlo (obec):</b>	Maleč
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	Maleč 25, 582 76
<b>Zápis v obchodním rejstříku:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Krajský soud v Hradci Králové, oddíl C, vložka 29876, dne 24. 12. 2011</li></ul>	
<b>Zastoupený (jméno, funkce):</b>	MUDr. Mgr. Sylvie Špitálníková, Ph.D., Daniel Špitálník, David Špitálník, jednatelé
<b>IČ:</b>	28826060
<b>IČZ:</b>	60342000

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

<b>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky</b>	
<b>Sídlo:</b>	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
<b>IČ:</b>	41197518
<b>Regionální pobočka Brno, pobočka pro</b>	
<b>Zastoupená (jméno a funkce):</b>	
<b>Doručovací adresa (obec):</b>	Jihlava
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	Bratři Čapků 18, 586 01

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

**Článek I.**

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 (dále jen „vyhláška“) s výjimkami dohodnutými v souladu s § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), uvedenými v článku II. odst. 1 písm. e), písm. g) až i), odst. 3, odst. 6, odst. 8 až 11 a odst. 14 a 15, v článku III. odst. 3, odst. 6 a odst. 11 a v článku V. odst. 1 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 1 písm. e), písm. g) až i), odst. 3, odst. 6, odst. 8 až 11 a odst. 14 a 15, v článku III. odst. 3, odst. 6 a odst. 11 a v článku V. odst. 1 tohoto Dodatku upravuje způsob a výši 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

## Článek II. Výše kapitační platby a hodnota bodu

1. Základní kapitační sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se sjednává ve výši:
  - a) **74,- Kč** pro pracoviště Poskytovatele v odbornosti 001, pokud Poskytovatel na daném pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
  - b) **67,- Kč** pro pracoviště Poskytovatele v odbornosti 001, pokud Poskytovatel na daném pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin,
  - c) **59,- Kč** pro pracoviště Poskytovatele v odbornosti 001, pokud Poskytovatel na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písm. a) nebo b).
  - d) Ordinačními hodinami se pro účely tohoto Dodatku rozumí ordinální hodiny sjednané v příloze č. 2 Smlouvy mezi Pojišťovnou a Poskytovatelem a jedná se o dobu, kdy je na daném pracovišti Poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí. Do ordinálních hodin se nezapočítává návštěvní služba a administrativní činnost.
  - e) Poskytovatel souhlasí se zveřejněním ordinálních hodin na webových stránkách Pojišťovny a zavazuje se, že případné změny oznámí neprodleně Pojišťovně.
  - f) V případě, že Poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkonu č. 01021 nebo 01022 uvedenými ve vyhlášce MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“) alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, navýší se základní kapitační sazba podle odst. 1 písm. a) až c) o 2,00 Kč. Rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. 12. 2025. Celkovou částku, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ujednání, uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2025.
  - g) Základní kapitační sazba dle písm. a) až c) se navýší o 1,00 Kč v případě, že Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2025 doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů (dále „Doklad“). Smluvní strany se dohodly, že tuto skutečnost Pojišťovně prostřednictvím jmenného seznamu lékařů doloží SPL ČR nebo ČLK, případně sám Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2025, a že se za platný doklad celoživotního vzdělávání považuje doklad, který je platný po celý rok 2025. Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po eventuálním skončení platnosti Dokladu doručí Pojišťovně nový Doklad, jehož platnost bude navazovat na platnost původního Dokladu. Smluvní strany mají za to, že platnost původního a nového Dokladu na sebe navazuje v případě, že časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.
  - h) V případě, že se jedná o Poskytovatele, který se skládá z více ordinací všeobecných praktických lékařů, kdy každý má své IČP, vlastní ordinální dobu a registruje pojištěnce Pojišťovny, bude pro každé IČP stanovena individuální hodnota základní kapitační sazby.
  - i) Hodnoty základní kapitační sazby pro jednotlivá pracoviště všeobecného praktického lékaře Poskytovatele jsou:

IČP	Hodnota základní kapitační sazby
60342001	74,00

IČP se rozumí tzv. „identifikační číslo pracoviště“ přidělené Pojišťovnou každému jednotlivému všeobecnému praktickému lékaři, který poskytuje zdravotní péči v rámci Poskytovatele.

2. Výše kapitační platby se vypočte jako součin počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny a základní kapitační sazby stanovené na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny se vypočte jako součin počtu Poskytovatelem registrovaných pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách a indexů podle odst. 3 tohoto článku.

3. Věkové indexy vyjadřují nákladnost péče o pojištěnce Pojišťovny v dané věkové skupině.

Věkové skupiny a věkové indexy:

Věková skupina	Věkový Index
0 - 4 roky	4,35
5 - 9 let	2,01
10 - 14 let	1,54
15 - 19 let	1,06
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05

Věková skupina	Věkový Index
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,43
55 - 59 let	1,54
60 - 64 let	1,59
65 - 69 let	1,80
70 - 74 let	2,12
75 - 79 let	2,54
80 - 84 let	3,07
85 a více let	3,60

4. Výkony zahrnuté do kapitační platby jsou uvedeny v odst. 3. části A) přílohy č. 2 vyhlášky. Pro Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby uvedené v Příloze č. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, s výjimkou výkonů uvedených v odst. 5 a 6, a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny se sjednává **hodnota bodu ve výši 1,16 Kč**.
5. Pro výkony uvedené v Seznamu výkonů jako vstupní a preventivní vyšetření (č. 01021, 01022) se sjednává **hodnota bodu ve výši 1,27 Kč**.
6. Pro výkony uvedené v Seznamu výkonů jako péče o onkologické pacienty (č. 01186, 01188), kolorektální screening (č. 15118 a 15119), management časného záchytu karcinomu prostaty (č. 01130), péče o diabetiky a prediabetické pacienty (č. 01201 a 01204), výkony očkování (č. 02100, 02105, 02125 a 02130), výkon prohlídky dispenzarizované osoby (č.09532) a výkony péče o pacienta v režimu DUPV (VZP výkony č. 15122 a 02242) se sjednává **hodnota bodu ve výši 1,19 Kč**. Povinné/pravidelné očkování včetně očkování rizikových skupin bude Poskytovateli uhrazeno pouze při dodržování platné Metodiky pro provádění pravidelného očkování uveřejněné na webových stránkách Pojišťovny.
7. Hodnota bodu uvedena v odst. 4, 5 a 6 se při splnění následujících podmínek navýší o:
- 0,04 Kč v případě, že Poskytovatel splňuje podmínky pro navýšení kapitační sazby dle odst. 1 písm. g) tohoto článku.
  - 0,06 Kč pro dané pracoviště Poskytovatele v případě, že Poskytovatel v odbornosti 001 na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby pojištěncům Pojišťovny v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinace hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin a zároveň vede objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
8. Poskytovateli, který doložil nebo v průběhu roku 2025 doloží Pojišťovně Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecného praktického lékařství (dále jen „Akreditace“) dle ust. § 17 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „zákon č. 95/2004 Sb.) a zároveň doloží či doložil, že alespoň v části období od 1.1.2020 na svém pracovišti vzdělával alespoň jednoho školenice/rezidenta, bude základní kapitační sazba podle článku II. odst. 1 tohoto Dodatku zvýšena o 1,- Kč. Navýšení kapitační sazby bude provedeno od 1. dne měsíce, ve kterém dojde ke splnění podmínek podle věty první tohoto odstavce. Doba trvání tohoto navýšení je do konce platnosti Akreditace, maximálně však do konce roku 2025. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých působí školitel ve smyslu zákona č. 95/2004 Sb. Podmínka doložení Akreditace dle tohoto odstavce je splněna, pokud Poskytovatel Pojišťovně doloží Akreditaci k uskutečňování vzdělávání v základním kmeni a zároveň Akreditaci k uskutečňování specializačního vzdělávání dle § 17 zákona č. 95/2004 Sb.
9. Nad rámec zvýšení základní kapitační sazby dle odst. 8. tohoto Článku bude Poskytovateli, který písemně oznámí termín, ve kterém bude na svém pracovišti školit lékaře (dále jen „školenice“) v rámci vzdělávacího programu v oboru všeobecného praktického lékařství dle zákona č. 95/2004 Sb., základní kapitační sazba podle článku II. odst. 1 tohoto Dodatku za období vzdělávání školenice zvýšena o další 3,- Kč. Navýšení kapitační sazby bude provedeno nejdříve od 1. dne měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení Poskytovatele Pojišťovně včetně doložení potvrzení Ministerstva zdravotnictví ČR o zařazení školenice do specializace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých probíhá vzdělávání školenice, a to jen za období, ve kterém bude školenec na pracovišti fyzicky přítomen. Pokud dojde ke změně skutečností rozhodných pro přiznání navýšení dle tohoto odstavce, je o této změně Poskytovatel povinen neprodleně informovat Pojišťovnu.

10. V případě, že Poskytovatel provede počet výkonů návštěvní služby vykázaných výkony č. 01150, 01160, 01170 nebo 01180 podle Seznamu výkonů v intervalu od 30 do 300 na každý 1 000 svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny (ke dni 31. 12. 2025) bude mu navýšena roční úhrada o **5 000 Kč**. Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2025.
11. V případě, že Poskytovatel zaregistruje v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025 do své péče pojištěnce Pojišťovny umístěného v pobytovém zařízení sociálních služeb a vykáže k výkonu č. 01021 dle Seznamu výkonů signální výkon VZP č. **01295**, bude mu za každého takto registrovaného pojištěnce průběžně vyplacena bonifikace za převzetí do péče ve výši **400 Kč**.
12. Pro výkony přepravy v návštěvní službě uvedené v Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši **1,26 Kč**.
13. Za každou epizodu péče nebo kontakt s pojištěncem v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci všeobecného praktického lékaře podle Seznamu výkonů se stanovuje úhrada následujícím způsobem:
- a) u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle Seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2025 ve výši **212 Kč**.
  - b) u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle Seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2025 ve výši **159 Kč**.
  - c) u pojištěnce ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle Seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2025 ve výši **106 Kč**.
  - d) u pojištěnce od dovršení věku 18 let se hradí výkon VZP č. 01543 se stanovenou úhradou pro rok 2025 ve výši **85 Kč**
14. Pro výkon VZP č. 01305 – Distanční konzultace zdravotního stavu registrovaného pacienta VPL nebo PLDD vykázaný Poskytovatelem a uznaný Pojišťovnou se sjednává hodnota bodu dle odst. 4 a 7 tohoto článku. Pojišťovna uhradí Poskytovateli maximálně takový počet výkonů VZP č. 01305, které odpovídají 30 % počtu fyzických kontaktů pojištěnců Pojišťovny s Poskytovatelem (tj. výkonů č. 01543, resp. 09555 – 09557), provedených v roce 2025. Vyhodnocení limitace bude realizováno v rámci ročního vyúčtování do 150 dnů po skončení roku 2025.
15. Fakultativní výkony č. 01146, 01147, 01148, 01443, 01445, 15119 a 02230 dle Seznamu výkonů je Poskytovatel oprávněn vykázat pouze v případě, že Pojišťovně doložil platný pozitivní výsledek externího hodnocení kvality (dále jen „EHK“). V případě negativního výsledku EHK bude Poskytovateli úhrada za uvedené výkony zachována, jestliže nejpozději do 9 měsíců od negativního výsledku EHK doloží platný pozitivní výsledek EHK. V případě, že Poskytovatel nedoloží nový pozitivní výsledek EHK ve lhůtě uvedené v předchozí větě, bude mu úhrada obnovena až od okamžiku doložení platného pozitivního výsledku EHK.

### **Článek III. Regulační omezení**

Smluvní strany si sjednaly, že:

1. Pokud průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 ZVZP, a které Pojišťovna uhradila. Pojišťovna při určení výše regulační srážky podle první věty přihledne k případům, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za Poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
2. Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2025 vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“), podle Seznamu výkonů a za výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148, 02220 podle Seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období převýší o 15 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle Seznamu výkonů, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce Poskytovatele, u kterých byl

- v roce 2025 vykázán výkon č. 01186 nebo 01188 podle Seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, výkony spojené se screeningem v rámci programu časného zachytu karcinomu plic, výkony časného zachytu karcinomu prostaty podle seznamu výkonů, výkony časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty podle seznamu výkonů a výkony v rámci populačního programu časného zachytu osteoporózy prováděné poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.
4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle Seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů v hodnoceném období převyší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902, je Pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
  5. Regulační omezení uvedená v článku III. odst. 1 až 4 se nepoužijí:
    - a) pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle článku III. odst. 1 až 4,
    - b) pokud Poskytovatel měl v roce 2025 registrovaných 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
    - c) jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
  6. Do hodnot použitých při výpočtu regulačních omezení dle odst. 1. až 4. tohoto článku nejsou zahrnuty hrazené služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny, kterým byly v roce 2025 poskytnuty hrazené služby poskytovatelem v odbornosti 913.
  7. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 1 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, předepsané všeobecnými praktickými lékaři v roce 2025, nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2025 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
  8. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 2 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané všeobecnými praktickými lékaři v roce 2025, nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2025 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
  9. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 3 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2025 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2025 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
  10. Regulační omezení uvedené v článku III. odst. 4 se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle Seznamu výkonů v roce 2025 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2025 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
  11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku III. odst. 1 až odst. 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2025 a úhrady vypočtené dle článku II. odst. 13.

#### **Článek IV.**

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu předložených faktur formou měsíční úhrady. Výši kapitační platby, kterou Poskytovatel za registrované pojištěnce Pojišťovny nárokuje, uvede jako nedílnou součást jím předkládané faktury.
2. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden. V případě nedoplatku bude Poskytovateli příslušná částka poukázána při úhradě hrazených služeb nebo samostatnou platbou.
3. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2025 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

### **Článek V.**

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel podle platného Seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,37 Kč samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

### **Článek VI.**

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025.
3. Tento dodatek nahrazuje dodatek č. 34 ze dne 27. 1. 2025.
4. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
5. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu