

Dodatek č. 9 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 2265B001 ze dne 26.7.2022 (dále jen „Smlouva“)

(kombinovaná kapitálně výkonová platba u všeobecných praktických lékařů – výkonově hrazená doprava)

uzavřené mezi smluvními stranami:

| | |
|---|---|
| Poskytovatel zdravotních služeb: | Ambulance Penta s.r.o. |
| Sídlo (obec): | Praha 1 |
| Ulice, č.p., PSČ: | Na Florenci 2116/15, Nové Město, 110 00 |
| Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 168446, dne 10.8.2010 | |
| Zastoupený (jméno, funkce): | Mgr. Barbora Vaculíková, MUDr. Václav Jirků, jednatelé. [redacted] [redacted] [redacted] |
| IČ: | 24717304 |
| IČZ: | 65737000 |

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

a

| | |
|---|---------------------------------|
| Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky | |
| Sídlo: | Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00 |
| IČ: | 41197518 |
| Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj | |
| Zastoupená (jméno a funkce): | [redacted] |
| Doručovací adresa (obec): | Pardubice |
| Ulice, č.p., PSČ: | Karla IV. 73, 530 02 |

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026 (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. 2, odst. 7, odst. 9 až 12 a odst. 15 až 18, v článku III. odst. 3, odst. 6 a odst. 11 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 1 písm. e), písm. g) až i), odst. 2, odst. 7, odst. 9 až 12 a odst. 15 až 18, v článku III. odst. 3, odst. 6 a odst. 11 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 ZVZP.

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) 76,- 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) 69,- 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) 60,- 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. 2026. Celkovou částku, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ujednání, uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2026.
 - g) Základní kapitační sazba dle písm. a) až c) se navýší o 1,00 Kč v případě, že Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2026 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 doloží prostřednictvím jmeného seznamu lékařů SPL ČR nebo ČLK, případně sám Poskytovatel nejpozději do 31. 1. 2026, a že se za platný doklad celoživotního vzdělávání považuje doklad, který je platný po celý rok 2026. 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 |
|----------|----------------------------------|
| 65737001 | 76,- |
| | |
| | |

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

2. Základní kapitační sazba dle odst. 1 bodů a) až c) tohoto článku se pro pracoviště Poskytovatele v odbornosti 001 podle Seznamu výkonů navýší v případě splnění níže uvedených podmínek, které se posuzují za všechny zdravotní pojišťovny společně, až o celkem 5 Kč, a to následujícím způsobem:
 - a) o 2 Kč, pokud bylo alespoň u 25 % registrovaných pojištěnců Poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 45 do 74 let provedeno screeningové vyšetření kolorektálního karcinomu vykázané výkonu č. 15120

nebo 15121 podle Seznamu výkonů v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 nebo koloskopické vyšetření vykázané výkonem č. 15101, 15103, 15105 nebo 15107 podle Seznamu výkonů v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2026, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 45 do 74 let je 31. prosince hodnoceného období.

- b) o 2 Kč, pokud bylo v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 alespoň u 20 % registrovaných pojištěnců Poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 65 let provedeno očkování proti chřipce, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených očkování proti chřipce k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 65 let je 31. prosince hodnoceného období.
 - c) o 1 Kč, pokud bylo v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 alespoň u 60 % registrovaných pojištěnek Poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 45 do 68 let provedeno screeningové mamografické vyšetření vykázané výkonem č. 89178 nebo 89223 podle Seznamu výkonů, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnek na daném pracovišti ve věku od 45 do 68 let je 31. prosince hodnoceného období.
3. 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. 4 tohoto článku.
 4. Věkové indexy vyjadřují nákladnost péče o pojištěnce Pojišťovny v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 30 až 34 let.

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 |

5. Výkony zahrnuté do kapitační platby jsou uvedeny v odst. 6. části A) přílohy č. 2 vyhlášky. Pro Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby uvedené v příloze č. 2 Smlouvy, s výjimkou výkonů uvedených v odst. 6 a 7 tohoto článku, a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny se sjednává hodnota bodu ve výši 1,18 Kč.
6. Pro výkony uvedené v Seznamu výkonů jako vstupní a preventivní vyšetření (č. 01021, 01022) se sjednává hodnota bodu ve výši 1,35 Kč.
7. 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), výkony managementu časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty (č. 01135 a 01136), výkony managementu časného záchytu karcinomu plic (č. 01196 a 01197), výkony managementu screeningu osteoporózy (č. 11320, 11321) a výkon managementu péče o pacienta s osteoporózou (č. 11327), 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 1,26 Kč. Povinné/pravidelné očkování včetně očkování rizikových skupin bude Poskytovateli uhrazeno pouze při dodržení platného Metodického postupu k vykazování očkování uveřejněného na webových stránkách Pojišťovny.
8. Hodnota bodu uvedena v odst. 5, 6 a 7 tohoto Článku se při splnění následujících podmínek navýší o:
 - a) 0,04 Kč v případě, že Poskytovatel splňuje podmínky pro navýšení kapitační sazby dle odst. 1 písm. g) tohoto článku.
 - b) 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 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinční 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.
9. Poskytovateli, který doložil nebo v průběhu roku 2026 doloží Pojišťovně Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecného praktického lékařství (dále jen „Akreditace“) dle § 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 1.1.2021 na svém pracovišti vzdělával alespoň jednoho školenec/rezidenta, bude základní kapitační sazba podle odst. 1 tohoto článku 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 2026. 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.
10. Nad rámec zvýšení základní kapitační sazby dle odst. 9. tohoto článku bude Poskytovateli, který písemně oznámí termín, ve kterém bude na svém pracovišti školit lékaře (dále jen „školenec“) v rámci vzdělávacího programu v oboru všeobecného praktického lékařství dle zákona č. 95/2004 Sb., základní kapitační sazba podle odst. 1 tohoto článku zvýšena o další 3 Kč za období vzdělávání školenec. 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 školenec do specializace. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, ve kterých probíhá vzdělávání školenec, 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.
 11. 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. 2026) bude mu navýšena roční úhrada o 5 000 Kč. Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2026.
 12. V případě, že Poskytovatel zaregistruje v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 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.
 13. Pro výkony přepravy v návštěvní službě uvedené v Seznamu výkonů se hodnota bodu sjednává ve výši 1,26 Kč.
 14. 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 2026 ve výši 224 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 2026 ve výši 168 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 2026 ve výši 112 Kč.
 - d) u pojištěnce od dovršení věku 18 let se hradí výkon VZP č. 01543 se stanovenou úhradou pro rok 2026 ve výši 87 Kč.
 15. 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. 5 a 8 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 2026. Vyhodnocení limitace bude realizováno v rámci ročního vyúčtování do 150 dnů po skončení roku 2026.
 16. Fakultativní výkony č. 01146, 01147, 01148, 01443, 01445, 15119, 02220 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.
 17. V případě, že Poskytovatel provede vyšetření diferenciální diagnostiky POCT ultrasonografií (POCUS) vykázané prostřednictvím výkonu č. 01050 dle Seznamu výkonů alespoň v počtu případů odpovídajícím 250/12 krát počet měsíců, ve kterých měl výkon nasmlouvan v příloze č. 2 Smlouvy, krát KPPokres dle přílohy č. 9 k vyhlášce (zaokrouhleno na celé jednotky směrem nahoru), bude mu uhrzena bonifikace ve výši 5 000 Kč krát KPPokres za každý měsíc, ve kterém měl výkon č. 01050 nasmlouvan v příloze č. 2 Smlouvy. Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2026.
 18. Pro výkon VZP č. 01306 – Průkaz antigenu SARS-CoV-2 – diagnostika u symptomatických pacientů se stanoví úhrada ve výši 201 Kč.

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, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převyší 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 vztažená 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 2026 vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převyší 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, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období převyší 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 2026 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. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle Seznamu výkonů provedenou v přímé vazbě na preventivní prohlídky a podle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.
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 2026 registrovaných 50 a méně pojištěnců Pojišťovny,
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 2026 poskytnuty hrazené služby poskytovatelem v odbornosti 913.
7. Regulační omezení uvedené v odst. 1 tohoto článku se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, předepsané všeobecnými praktickými lékaři v roce 2026, nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2026 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Regulační omezení uvedené v odst. 2 tohoto článku se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané všeobecnými praktickými lékaři v roce 2026, nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2026 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.

9. Regulační omezení uvedené v odst. 3 tohoto článku se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2026 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2026 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
10. Regulační omezení uvedené v odst. 4 tohoto článku se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle Seznamu výkonů v roce 2026 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2026 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
11. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 1 až 4 tohoto článku 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 2026 a úhrady vypočtené dle článku II. odst. 14 tohoto Dodatku.

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. 2026 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým mezi smluvními stranami. 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. 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. 2026 do 31. 12. 2026.
3. 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.
4. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.