

Dodatek č. 14 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 2248C001 (dále jen „Smlouva“)

(kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro děti a dorost a pediatrie – výkonově hrazená doprava)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Nemocnice Sokolov s.r.o.
Sídlo (obec):	Praha 1, Nové Město
Ulice, č.p., PSČ:	Na Florenci 2116/15, 110 00
Zápis v obchodním rejstříku:	
<ul style="list-style-type: none"> Městský soud Praha, oddíl C, vložka 170975, dne 15. 10. 2010 	
Zastoupený (jméno, funkce):	Mgr. Barbora Vaculíková, MBA a MUDr. Václav Jirků, jednatelé společnosti [redacted]
IČ:	24747246
IČZ:	48309000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Plzeň, pobočka pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	[redacted]
Doručovací adresa (obec):	Plzeň
Ulice, č.p., PSČ:	Sady 5. května 59, 306 30

(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 vyhláše 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 a odst. 9 až 11 a odst. 14 až 17, v článku III. odst. 2 a odst. 9 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 1 písm. e), písm. g) až i), odst. 2, odst. 7 a odst. 9 až 11 a odst. 14 až 17, v článku III. odst. 2 a odst. 9 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 odbornosti 002, 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 odbornosti 002, pokud Poskytovatel na daném pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin týdně, rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin.
 - c) 66,- Kč pro pracoviště Poskytovatele v odbornosti 002, 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. 02031 nebo 02032 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 40 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 6 do 19 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 6 do 19 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 jmenného seznamu lékařů SPLDD 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 praktických lékařů pro děti a dorost a pediatrie, 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 praktického lékaře pro děti a dorost a pediatrie Poskytovatele jsou:

IČP	Hodnota základní kapitační sazby
48309001	76,- Kč

IČP se rozumí tzv. „identifikační číslo pracoviště“ přidělené Pojišťovnou každému jednotlivému praktickému lékaři pro děti a dorost a pediatrie, 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 002 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 byla alespoň u 90 % registrovaných pojištěnců Poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 5 do 18 let podána alespoň jedna dávka pravidelného očkování proti záškrtu, tetanu, černému kašli, dětské obrně, hepatitidě B, Haemophilus influenzae a alespoň jedna dávka pravidelného očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených

očkovaní k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 5 do 19 let je 31. prosince hodnoceného období.

- b) o 1 Kč, pokud byl alespoň u 50 % registrovaných pojištěnců Poskytovatele na daném pracovišti ve věku 3 let v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2026 proveden screening zraku vykázaný jedním z výkonů č. 02036, 06512, 75171 nebo 75022 podle Seznamu výkonů, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku 3 let je 31. prosince hodnoceného období.
- c) o 2 Kč, pokud bylo v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2026 alespoň u 50 % registrovaných pojištěnců Poskytovatele na daném pracovišti provedeno očkování alespoň proti jedné z uvedených nemocí: pneumokokové infekce, meningokokové infekce skupiny B, meningokokové infekce skupin A, C, W a Y, klíšťová encefalitida, hepatitida A nebo HPV, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených očkovaní k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti 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. 02021, 02022, 02031 a 02032) se sjednává hodnota bodu ve výši 1,23 Kč.
7. Pro výkony uvedené v Seznamu výkonů jako výkony očkovaní (č. 02100, 02105, 02125 a 02130), výkon časného záchytu očních vad u dětí předškolního věku (č. 02036), výkon sledování pacienta s obezitou (č. 02039), výkon sledování novorozence s vyššími nároky na poskytovanou péči (č. 02037), výkon časného záchytu poruch autistického spektra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost nebo pediatra (č. 02240), výkony edukace k očkovaní (č. 02160, 02161), výkon prohlídky dispenzarizované osoby (č. 09532), výkon podpůrné intervence u dětí s psychickými potížemi v ordinaci PLDD před předáním do péče specialisty (VZP výkon č. 02035) 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 očkovaní rizikových skupin bude Poskytovateli uhrazeno pouze při dodržení platného Metodického postupu k vykazování očkovaní uveřejněného na webových stránkách Pojišťovny.
8. Hodnota bodu uvedená v odst. 5 až 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 002 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 ordinární 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 pediatrie, případně v oboru dětského lékařství či praktické lékařství pro děti a dorost (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 školence/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 nebo Akreditaci k uskutečňování specializačního vzdělávání dle § 17 zákona č. 95/2004 Sb.

10. Nad rámec zvýšení základní kapitační sazby podle odst. 9 tohoto článku bude Poskytovateli, který písemně oznámí termín, ve kterém bude na svém pracovišti školit lékaře (dále jen „školence“) v rámci vzdělávacího programu v oboru pediatrie, případně v oboru dětské lékařství či praktické lékařství pro děti a dorost, základní kapitační sazba podle odst. 1 tohoto článku zvýšena o dalších 8,- Kč za období vzdělávání školence. 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 školence do specializace nebo doložení, že bude probíhat u daného školence kvalifikační kurz v oboru praktického lékařství pro děti a dorost. Základní kapitační sazba bude navýšena pouze u těch pracovišť, na kterých probíhá vzdělávání školence, a to jen za období, ve kterém bude školenec na pracovišti fyzicky přítomen. V případě, že Poskytovatel doloží, že je akreditovaným pracovištěm, u kterého je vytvořeno rezidenční místo, bude kapitační sazba podle odst. 1 tohoto článku zvýšena o 8,- Kč po celou dobu zařazení rezidenta do specializace za podmínky, že Poskytovatel doloží všechny podklady nezbytné pro identifikaci rezidenta včetně rozvrhu jeho specializačního vzdělávání, ze kterého plyne období předpokládaného konce vzdělávání (dále jen „navýšení kapitační sazby za obsazené rezidenční místo“). Navýšení kapitační platby za obsazené rezidenční místo bude provedeno následujícím způsobem:
- od 1. 1. 2026, pokud Poskytovatel nejpozději do 28. 2. 2026 doloží, že splňoval podmínky pro navýšení kapitační sazby za obsazené rezidenční místo již v průběhu měsíce ledna 2026,
 - v ostatních případech pak od 1. dne měsíce, ve kterém Poskytovatel doloží, že splňuje podmínky pro navýšení kapitační sazby za obsazené rezidenční místo.

Poskytovatel má za každé pracoviště splňující podmínky navýšení za školence/rezidenta nárok pouze na jedno navýšení dle tohoto odstavce. Poskytovatel se zavazuje neprodleně informovat Pojišťovnu o změně skutečností rozhodných pro přiznání navýšení dle tohoto odstavce, a to včetně přerušení specializačního vzdělávání daného rezidenta.

11. V případě, že Poskytovatel provede počet výkonů návštěvní služby vykázaných výkony č. 01150, 01160, 01170, 01180 nebo 02200 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. 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 praktického lékaře pro děti a dorost a pediatrie 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.
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. 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.
15. 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.

16. S ohledem na zavedení VZP výkonu č. 02035, včetně jeho úhrady stanovené v odst. 7 a 8 tohoto článku, se úhrada za podpůrnou psychoterapii definovaná v části E) Přílohy č. 2 vyhlášky nepoužije.
17. 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 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 se 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.
3. 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.
4. Ustanovení Přílohy č. 2 Části C odst. 1.2 a odst. 4 vyhlášky se nepoužijí – tzn., že smluvní strany výslovně vylučují aplikaci těchto ustanovení a regulační omezení za zdravotnické prostředky pro inkontinentní nebudou realizována.
5. Regulační omezení uvedená v odst. 1 až 3 tohoto článku se nepoužijí:
 - a) pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 1 až 3 tohoto článku,
 - b) pokud Poskytovatel měl v roce 2026 registrovaných 50 a méně pojištěnců Pojišťovny.
6. Regulační omezení uvedené odst. 1 tohoto článku se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, předepsané praktickými lékaři pro děti a dorost a pediatrie v roce 2026, nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2026 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
7. Regulační omezení uvedené v odst. 2 tohoto článku se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech 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. 3 tohoto článku se nepoužije, pokud součet úhrad Pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle Seznamu výkonů v roce 2026 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2026 podle zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
9. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 1 až 3 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. 13 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 kapitální 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.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu