

«naz_poskytovatel»
«ulice»
«psc» «obec»

Dodatek č. Z/52/2026

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ 190 03

IČO: 47114975

zastoupená na základě pověření generálního ředitele

«preditel», ředitel pobočky «pnazev»

adresa: «pobec», «pulice», PSČ «ppsc»

telefon: «ptelefon», e-mail: «pemail», datová schránka: «pDatSchranka»

(dále jen „Pojišťovna“)

a

«naz_poskytovatel»

se sídlem: «obec_SZ», «ulice_SZ», PSČ «psc_SZ»

IČO: «ICO», IČZ: «icz»

zastoupený

(dále jen „Poskytovatel“)

uzavírají dodatek ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb č. «kodsml»

(dále jen „Dodatek/Smlouva“) pro:

kombinovaná kapitačně výkonová platba u PLDD – jiný způsob úhrady

Článek I.

1. Shora označené smluvní strany se dohodly v souladu s ustanovením § 17, odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem v oboru **praktické lékařství pro děti a dorost (PLDD, odbornost 002)** pojištěncům Pojišťovny v období **od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026** (dále jen „hodnocené období“) bude provedena jiným způsobem, než stanoví vyhláška 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“).
2. Seznamem výkonů se rozumí vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Mezinárodní klasifikací nemocí se rozumí Sdělení Českého statistického úřadu č. 495/2003 Sb., o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), ve znění pozdějších aktualizací.
3. Pracovištěm se rozumí jedno IČP Poskytovatele. Ordinační hodiny jsou sjednány v Příloze č. 2 Smlouvy a nezapočítává se do nich návštěvní služba a administrativní činnost. Během ordinačních hodin musí být na pracovišti dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru dětské lékařství po absolvování kvalifikačního kurzu.

Článek II.

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny se vypočte jako součin počtu pracovištěm registrovaných pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách a indexů podle bodu 13 části A přílohy č. 2 k Vyhlášce. Výkony zahrnuté do kapitační platby jsou stanoveny v bodu 7 části A přílohy č. 2 k Vyhlášce.
2. Základní kapitační sazba se sjednává v závislosti na rozsahu a rozložení ordinačních hodin zvlášť pro každé pracoviště ve výši uvedené v následující tabulce:

základní kapitální sazba	minimální počet ordinačních hodin v týdnu	minimální počet ordinačních dnů v týdnu	minimální počet dnů v týdnu s ordinační dobou alespoň do 18:00 hod	minimální počet dnů v týdnu, ve kterých je možné objednat se na pevně stanovenou hodinu
76 Kč	30 hodin	5 dnů	1 den	2 dny
69 Kč	25 hodin	5 dnů	1 den	-
66 Kč	-	-	-	-

Minimální základní kapitální sazba činí **66 Kč**. Pro přiznání vyšší základní kapitální sazby musí být současně splněny všechny podmínky uvedené v jednom řádku tabulky.

3. Základní kapitální sazbu podle bodu 2 Pojišťovna navýší pracovišti o příplatky:

- a) **1 Kč**, pokud Poskytovatel nejpozději do 31. 1. 2026 doloží, že nejméně 50 % všech praktických lékařů pro děti a dorost, kteří v rámci tohoto pracoviště poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů (dále jen „Doklad“). Smluvní strany se dohodly, že tuto skutečnost Pojišťovně doloží Česká lékařská komora nebo Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky, případně sám Poskytovatel, a že za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje Doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka 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, přičemž časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.
- b) **1 Kč**, pokud Poskytovatel nejpozději do 31. 12. 2026 pro toto pracoviště doloží rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru pediatrie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „rozhodnutí“) a zároveň doloží, že v hodnoceném období na pracovišti zajišťoval specializační vzdělávání pro lékaře (školence nebo rezidenta), a to potvrzením Ministerstva zdravotnictví ČR o zařazení školence/rezidenta do specializačního vzdělávání (dále jen „potvrzení“). Příplatek bude hrazen pouze po dobu současné platnosti rozhodnutí a potvrzení, nejdříve však od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém bylo potvrzení Pojišťovně doloženo.
- c) **5 Kč**, pokud toto pracoviště splní podmínku uvedenou v písm. b) a zároveň Poskytovatel nejpozději do 31. 12. 2026 pro toto pracoviště doloží pracovní smlouvou uzavřenou se školencem/rezidentem (dále jen „pracovní smlouva“). Příplatek bude hrazen pouze po dobu současné platnosti rozhodnutí, potvrzení, pracovní smlouvy a přítomnosti školence na pracovišti, nejdříve však od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém byla pracovní smlouva Pojišťovně doložena.
- d) **2 Kč**, pokud alespoň u 40 % pojištěnců Pojišťovny ve věku od 6 do 19 let (6 let – 19 let a 364 dnů) registrovaných na tomto pracovišti k 31. 12. 2026 provedl Poskytovatel v období v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů.
- e) **1 Kč**, pokud alespoň u 90 % pojištěnců ve věku od 5 do 18 let (5 let – 18 let a 364 dnů) registrovaných na tomto pracovišti k 31. 12. 2026 byly podány 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.
- f) **1 Kč**, pokud alespoň u 50 % pojištěnců ve věku 3 let (3 let a 364 dnů) registrovaných na tomto pracovišti k 31. 12. 2026 byl proveden v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2026 screening zraku vykázaný výkony č. 02036, 06512, 75171 nebo 75022 podle seznamu výkonů.
- g) **1 Kč**, pokud alespoň u 50 % pojištěnců registrovaných na tomto pracovišti k 31. 12. 2026 bylo provedeno v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2026 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.
- h) **2 Kč**, pokud toto pracoviště splní všechny podmínky uvedené v písm. e) až g) současně. Jsou-li na jednom pracovišti dva a více školenců/rezidentů, hodnota příplatku podle písm. b) a c) se v závislosti na počtu školenců/rezidentů již dále nenavýšuje. Splnění podmínek uvedených v písm. e) až g) se posuzuje za všechny zdravotní pojišťovny společně.

4. Za každý Poskytovatelem vykázaný výkon

- a) č. 01543 se sjednává úhrada ve výši **87 Kč**,
- b) č. 09555 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši **224 Kč**,

- c) č. 09556 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši **168 Kč**,
d) č. 09557 podle seznamu výkonů se sjednává úhrada ve výši **112 Kč**.
5. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu sjednává ve výši:
a) **1,23 Kč** pro výkony č. 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů,
b) **1,26 Kč** pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02036, 02037, 02039, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 02240 a 09532 podle seznamu výkonů,
c) **1,18 Kč** pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny.
6. Hodnota bodu uvedená v bodě 5 se pracovišti navýší o **0,04 Kč** v případě, že Poskytovatel doloží nejpozději do 31. 12. 2026, že nejméně 50 % všech praktických lékařů pro děti a dorost, kteří v rámci tohoto pracoviště poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, je držiteli Dokladu, platného po celé hodnocené období. Podmínka 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, přičemž časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.
7. Hodnota bodu uvedená v bodě 5 se pracovišti navýší o **0,06 Kč** v případě, že toto pracoviště poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinální hodiny nejméně do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
8. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu sjednává ve výši **1,26 Kč**.
9. Za každého pojištěnce Pojišťovny, u kterého budou v hodnoceném období splněna vstupní kritéria do programu chronické péče VoZP Obezita se sjednává příplatek ve výši **500 Kč**. Podmínkou úhrady příplatku je registrace pojištěnce u Poskytovatele po celé hodnocené období. Za snížení hodnoty BMI v rámci jednotlivých signálních výkonů se považuje jakékoliv snížení oproti původnímu stavu, resp. za zvýšení hodnoty BMI se považuje jakékoliv zvýšení oproti původnímu stavu.

VoZP Obezita - vstupní kritéria ¹⁾		
Dispenzarizace	Vykázání výkonu 02039 s dg E66* (minimálně 2x ročně)	
Sledování BMI	Pojištěnec při každé návštěvě podstoupí vyhodnocení BMI dle percentilových grafů pro daný věk a pohlaví. Při druhé a další návštěvě PZS vykáže signálním výkonem dosažený výsledek.	02313 - signální výkon - hodnota BMI se od první kontroly snížila nebo se nezměnila
		02314 - signální výkon - hodnota BMI se od první kontroly zvýšila
Preventivní vyšetření	Lipidogram (minimálně 1x ročně)	81471 - cholesterol celkový
		81473 - cholesterol HDL
		81527 - cholesterol LDL
		81611 - triacylglyceroly

¹⁾ Jedná se o požadavky na péči o pacienta, které je potřeba splnit, aby byla péče o takového pacienta zařazena do bonusového systému

10. Za každý Poskytovatelem vykázaný výkon č. 02035 (Podpurná intervence u dětí s psychickými potížemi v ordinaci PLDD před předáním do péče specialisty) se sjednává úhrada ve výši **657 Kč**. Výkon lze vykázat maximálně 1x za den, 4x za měsíc, 6x za 6 měsíců, 8x za rok. Vykázání výkonu je podmíněno uvedením příslušné diagnózy z kapitoly F00-F99 (Poruchy duševní a poruchy chování) podle mezinárodní klasifikace nemocí. Výkon nelze vykázat u pacienta dispenzarizovaného na pracovišti v odb. 305, 306, 350, 360, 901, 920, 922, 931 nebo 935.
11. Pojišťovna uhradí Poskytovateli maximálně takový počet výkonů č. 01305, který odpovídá 30 % součtu počtu výkonů č. 01543, 09555, 09556 a 09557 Poskytovatelem vykázaných v hodnoceném období.
12. Vyhodnocení podmínek a navýšení úhrady podle bodů 3 písm. d) až h), 6, 7, 9 a 11 bude Pojišťovnou realizováno ve vyúčtování úhrady hrazených služeb za hodnocené období.
13. Podmínky a výše úhrady za týmovou praxi podle části D přílohy č. 2 k Vyhlášce budou sjednány samostatným dodatkem ke Smlouvě.
14. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle části C přílohy č. 2 k Vyhlášce s tím, že výpočet bude proveden za každé pracoviště samostatně. Regulační omezení se nepoužijí, pokud Poskytovatel do 30 dnů od obdržení vyúčtování odůvodní nezbytnost poskytnutých hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad.
15. V případě uplatnění regulačních omezení podle bodu 14 Pojišťovna zohlední:
a) nárůst preskripce léčivých přípravků v souvislosti se změnami v indikačním omezení,
b) nárůst preskripce zdravotnických prostředků pro inkontinentní.
16. Do hodnoceného období Pojišťovna zahrne veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, Poskytovatelem vykázané do 31. 3. 2027 a Pojišťovnou uznané do 30. 4. 2027. Úhradu za hrazené služby Poskytovatelem vykázané po 31. 3. 2027 Pojišťovna vynásobí koeficientem 0,95.
17. Vyúčtování úhrady hrazených služeb za hodnocené období bude Pojišťovnou vyhotoveno do 150 dnů po skončení hodnoceného období. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.

Článek III.

1. Poskytovatel předkládá Pojišťovně v souladu se Smlouvou fakturu za hrazené služby poskytnuté jejím pojištěncům. K faktuře připojí řádné vyúčtování hrazených služeb poskytnutých v účetním období, k němuž se faktura vztahuje, doložené příslušnými dávkami dokladů. Pokud Poskytovatel vykazuje pod jedním IČZ hrazené služby poskytované v různých segmentech, vykáže hrazené služby poskytované podle Dodatku samostatnou dávkou dokladů.
2. Hrazené služby poskytnuté před hodnoceným obdobím budou vykazovány samostatnou dávkou a samostatnou fakturou. Pro jejich úhradu platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly poskytnuty.
3. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou s dávkami dokladů. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec podle § 1 bodu 1 písm. b) Vyhlášky.

Článek V.

1. Způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení sjednané v Dodatku se použijí pro hodnocené období.
2. Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy. Nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle § 17 odst. 9 Zákona. Poskytovatel bere na vědomí, že Pojišťovna Dodatek zveřejní.
3. Dodatek uzavíraný v elektronické podobě je vyhotoven v jednom vyhotovení. Dodatek uzavíraný v listinné podobě je vyhotoven ve dvou výtiscích, z nichž každá ze smluvních stran obdrží jedno vyhotovení.
4. Poskytovatel, který má zřízenou datovou schránku, se zavazuje zaslat Dodatek podepsaný uznávaným elektronickým podpisem nejpozději **do 30. 11. 2026** do datové schránky Pojišťovny **p3aaext**. Pojišťovna následně zašle Dodatek podepsaný oprávněným zástupcem Pojišťovny do datové schránky Poskytovatele.
5. Uznávaným elektronickým podpisem se rozumí zaručený elektronický podpis založený na kvalifikovaném certifikátu pro elektronický podpis nebo kvalifikovaný elektronický podpis.
6. Smluvní strany v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
7. Smluvní strany prohlašují, že Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním Dodatku, v období od 1. 1. 2026 do doby nabytí účinnosti. Na takovém základě uznávají Dodatek za platný a účinný po celé uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek je uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

.....
Poskytovatel

.....
Pojišťovna