

VZOR

DODATEK GYN/2026 KE SMLouvĚ O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB č. XXXXXXXX na rok 2026 (UHRDODHZS211)

- 1) Smluvní strany se tímto dodatkem ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“) dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2026, bude realizována dle smluvního ujednání stanovujícího výši a způsob úhrady (Příloha č. 1).
- 2) Nedílnou součástí Dodatku je Příloha č. 1: Smluvní ujednání Dodatku **GYN/2026**.
- 3) Smluvní strany výslovně prohlašují, že Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním Dodatku, v období od 1. 1. 2026, ne však dříve než od data uvedeného v platně uzavřené Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 4) Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny a je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 5) Veškeré změny a doplňky Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami. Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona 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.
- 6) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí řádně podepsaný Dodatek neprodleně zpět do datové schránky Pojišťovny (**9swaix3**), nejpozději však do 30. 11. 2026. Poskytovatel bere na vědomí, že Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 7) Pokud nebude Dodatek do Pojišťovny ve lhůtě podle předchozího odstavce vůbec doručen, platnost návrhu na uzavření Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 8) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu

VZOR

Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a 604 – dětská gynekologie budou v roce 2026 hrazeny formou kombinované agregačně výkonové platby v souladu s ustanovením § 2 až 4 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví 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 MZ č. 432/2025 Sb.“), dle ustanovení § 8, resp. souvisejících ustanovení Přílohy č. 4 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. a dále dle ustanovení § 18 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb., pokud není dále v Dodatku uvedeno v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 in fine zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, jinak.
- 2) Podmínka 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, tj. působí u Poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů (CŽV) je pro Poskytovatele Pojišťovnou posuzována k 1. 1. 2026.
- 3) Podmínka nároku na navýšení měsíční agregované platby za péči o registrovanou pojištěnku Pojišťovny dle bodu 1) písm. b) až d) části A) Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. bude vyhodnocen dle stavu platného k prvním dni v měsíci, za který je agregovaná platba vyplácena.
- 4) Za ordinační dobu se považuje ordinační doba sjednaná v příloze č. 2 Smlouvy, ve které je v ordinaci pro pojištěnce Pojišťovny dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví (L3) daného pracoviště (IČP). Do ordinační doby není započítávána návštěvní služba a administrativní činnost. Případnou změnu údajů týkající se rozsahu a rozložení ordinačních hodin pro poskytování hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny definovaných v souvisejících ustanoveních Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. se Poskytovatel zavazuje neprodleně oznámit Pojišťovně včetně uvedení účinnosti změny. Poskytovatel se zavazuje, že údaje oznámené Pojišťovně v rámci aktualizace údajů budou korespondovat s údaji uvedenými v rámci platné Přílohy č. 2 ke Smlouvě, resp. oznámenými Pojišťovně prostřednictvím E-komunikace, Portálu ZP.
- 5) Nad rámec ustanovení bodu 1) písm. b) části A) Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. Pojišťovna navýší měsíční agregovanou platbu pro Poskytovatele, který má ordinační dobu v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodloužené do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin, a zároveň doloží, že všichni lékaři, kteří na takovém pracovišti působí jako nositelé výkonů, poskytují po celý rok 2025 alespoň jeden den v týdnu hrazené služby u poskytovatele lůžkových zdravotních služeb.
- 6) Nad rámec ustanovení bodu 3) části A) Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. Pojišťovna pro průběžnou měsíční agregovanou platbu zohlední i výkon 63893 – Signální výkon provedení gynekologické preventivní prohlídky při změně zdravotní pojišťovny či změně čísla pojištěnce vykázaný registrujícím Poskytovatelem odbornosti 603 jako čestné prohlášení o provedení preventivní prohlídky, u pojištěnky, která poté změnila zdravotní pojišťovnu, nebo u pojištěnky, u které došlo ke změně čísla pojištěnce. Finanční vypořádání agregované platby dle skutečně vykázaných výkonů prevence předávaných mezi zdravotními pojišťovnami v souvislosti se změnou zdravotní pojišťovny pojištěnce proběhne v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnoceného období.
- 7) Nad rámec ustanovení bodu 1) písm. e) části A) Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. Pojišťovna navýší měsíční agregovanou platbu pro Poskytovatele o 1 Kč.
- 8) Měsíční agregovaná úhrada ve výši podle bodu 1) části A) Přílohy č. 4 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. je Poskytovateli uhradena, pokud Poskytovatel Pojišťovně doložil vybavení ultrazvukovým přístrojem vyrobeným po 31. prosinci 2011 a doklad ne starší 2 let o pravidelné v zákonem stanoveném termínu provedené kontrole tohoto přístroje certifikovaným subjektem. Pokud Poskytovatel nesplnil podmínku podle předchozí věty, agregovaná úhrada podle bodu 1) bez navýšení podle písm. a) až e) části A) Přílohy č. 4 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. a navýšení dle odst. 7) tohoto Dodatku se vynásobí koeficientem 0,50. V případě, že je Poskytovatel vybaven více ultrazvukovými přístroji, musí být podmínky splněny minimálně u jednoho přístroje

na každém místě poskytování hrazených služeb uvedeném ve Smlouvě mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou. Splnění podmínek podle věty první až třetí je vyhodnoceno k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce.

- 9) Hrazenými službami pro vyhodnocení podmínky uvedené v bodu 8) části A) Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. se rozumí výkony 63022, 63023 a 63417 vykázané v souladu s Vyhláškou MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 10) Výsledek finančního vypořádání navýšení základní agregované platby dle souvisejících ustanovení Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb., resp. tohoto Dodatku, oznámí Pojišťovna Poskytovateli v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2027.

Článek 2

Bonifikace specializovaných zdravotních služeb

- 1) Nad rámec části D) Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. Pojišťovna při splnění dále uvedených podmínek navýší za každý z níže uvedených screeningových programů úhradu Poskytovateli o 30 Kč za každého registrovaného pojištěnce v příslušné věkové kategorii příslušného screeningového programu, jestliže tento splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinační doby dle článku 1 tohoto Dodatku nebo souvisejících ustanovení Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. a současně:
 - a) podíl pojištěnců Pojišťovny ve věku od 45 let registrovaných u Poskytovatele, kteří se v hodnoceném období zúčastnili mamografického screeningu, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny ve věku od 45 let registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2026 dosáhne alespoň 35 %,
 - b) podíl pojištěnců Pojišťovny ve věku od 18 let registrovaných u Poskytovatele, kteří se v hodnoceném období zúčastnili screeningu karcinomu děložního hrdla, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny ve věku od 18 let registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2026 dosáhne alespoň 55 %,
 - c) podíl pojištěnců Pojišťovny ve věku od 50 let registrovaných u Poskytovatele, kteří se v hodnoceném období zúčastnili screeningu kolorektálního karcinomu, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny ve věku od 50 let registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2026 dosáhne alespoň 25 %.
- 2) Pojišťovna uhradí Poskytovateli, který splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinační doby dle článku 1 tohoto Dodatku nebo souvisejících ustanovení Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. a současně:
 - a) v hodnoceném období provedl výkon 63063 minimálně u 30 URČ a je držitelem funkční licence F017 – expertní kolposkopie, bonifikaci ve výši 750 Kč za každé URČ, u kterého byl Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 63063 provedený v hodnoceném období,
 - b) v hodnoceném období provedl výkon 63415 minimálně u 30 URČ a je držitelem Certifikátu ČGPS pro možnost vykazování výkonu 63415, bonifikaci ve výši 750 Kč za každé URČ, u kterého byl Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 63415 provedený v hodnoceném období,
 - c) v hodnoceném období provedl výkony 63701 nebo 63703 minimálně u 30 URČ a získal zvláštní odbornou způsobilost v oboru urogynéologie, bonifikaci ve výši 750 Kč za každé URČ, u kterého byl Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 63701 nebo 63703 provedený v hodnoceném období.
- 3) Pro výplatu bonifikací definovaných v odst. 2) písm. a), b) nebo c) tohoto článku Dodatku se Poskytovatel zavazuje Pojišťovně **do 31. 12. 2026** doložit získaná oprávnění definovaná v odst. 2) písm. a), b) nebo c) tohoto článku Dodatku.
- 4) Úhrada dle odstavce 1) a 2) tohoto článku Dodatku bude realizována v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, jehož výsledek oznámí Pojišťovna Poskytovateli do 30. 6. 2027.

Článek 3

- 1) Pro vykázaní zdravotních služeb definovaných v bodu 1) části C) Přílohy č. 4 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. použije Poskytovatel kód výkonu 63200 – Management léčby neplodnosti včetně kompletního vyšetření partnerského páru v odbornosti 603.
- 2) V případě, že byl v rámci zdravotních služeb definovaných v odstavci 1) tohoto článku Dodatku proveden spermioqram, je Poskytovatel oprávněn Pojišťovně vykázat výkon 39115 – Kompletní spermioqram, který bude uhrazen s hodnotou bodu 1,00 Kč.
- 3) Výkony managementu a péče o pacienta s diagnostikovanou osteoporózou (11320, 11321 a 11327) budou v roce 2026 hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.
- 4) Výkon 82056 – Mikroskopické stanovení mikrobiálního obrazu poševního (MOP) bude v roce 2026 hrazen s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.
- 5) Výkon 06211 – Návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí porodní asistentkou bude v roce 2026 hrazen s hodnotou bodu ve výši 0,98 Kč. Hodnota bodu výkonu přepravy v návštěvních službách poskytnutého v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb definovaných ve větě první činí 1,26 Kč.

- 6) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v rámci očkování proti onemocnění COVID-19 vykázané v odbornosti 961 (vakcinační centrum COVID-19 I. typu) a 962 (vakcinační centrum COVID-19 II. typu), případně v dalších akceptovaných odbornostech pro síť poskytovatelů realizujících očkování proti onemocnění COVID-19 budou v roce 2026 hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,26 Kč.

Článek 4 **Regulační omezení**

Pojišťovna je oprávněna vůči Poskytovateli v rámci regulačních omezení postupovat dle části E) přílohy č. 4 k Vyhlášce MZ č. 432/2025 Sb.

Článek 5 **Závěrečná ustanovení**

- 1) Poskytovatel se v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, v platném znění a Datovým rozhraním zavazuje předávat Pojišťovně elektronicky seznam nově registrovaných pojištěnek Pojišťovny, které se u něho v hodnoceném období nově registrují, a dále průběžnou aktualizaci údajů o změnách v registraci. Nebudou-li tyto údaje Poskytovatelem Pojišťovně předávány, je Pojišťovna oprávněna neuhradit, resp. omezit Poskytovateli platby s vazbou na podmínku registrace.
- 2) V případě, že Pojišťovna zjistí, že Poskytovatel vybral od pojištěnky Pojišťovny poplatek za provedení screeningového vyšetření, bude toto považováno za porušení podmínek upravených Smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 3) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2026 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.