

Dodatek č.
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. ze dne (dále jen „Smlouva“)
(Motivační program VZP PLUS pro ambulantní gynekology)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	
Sídlo (obec):	
Ulice, č.p., PSČ:	
Zápis v obchodním rejstříku: soud, oddíl ..., vložka, dne - nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	
IČ:	
IČZ:	

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka, pobočka pro	
Zastoupená (jméno a funkce):	
Doručovací adresa (obec):	
Ulice, č.p., PSČ:	

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

Článek I.
Úvodní ustanovení

- Smluvní strany s cílem udržet a posilovat dostupnost hrazených služeb v oboru gynekologie a porodnictví, podporovat poskytování preventivní péče a podporovat poskytování specializovaných a konziliárních služeb uzavírají tento Dodatek ke Smlouvě (dále jen „Dodatek“), kterým Poskytovatel vstupuje do Motivačního programu VZP PLUS pro ambulantní gynekology (dále jen „program VZP PLUS“).
- Smluvní strany se 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“), dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem, který vstoupil do programu VZP PLUS a uzavřel s Pojišťovnou základní úhradový dodatek č. [] ke Smlouvě (dále jen „standardní úhradový dodatek“), bude v období vyplývajícím z článku VIII. odst. 2 tohoto Dodatku navýšena způsobem dále uvedeným v tomto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že tato dohoda upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období 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“). Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

4. Hodnoceným obdobím se pro účely programu VZP PLUS rozumí rok 2026, přičemž do hodnoceného období budou zahrnuty hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026, vykázané nejpozději do 5. 4. 2027 a uznané Pojišťovnou do 30. 4. 2027.

Článek II. Předmět Dodatku

1. Předmětem tohoto Dodatku je úprava vzájemných vztahů smluvních stran při realizaci programu VZP PLUS, přičemž tento program je realizován jen u těch poskytovatelů, kteří podepsali standardní úhradový dodatek a kteří splní níže uvedené podmínky účasti v programu VZP PLUS.
2. Cílem programu VZP PLUS je především:
 - a) udržení a posílení sítě poskytovatelů gynekologické péče, a to s ohledem na počet pojištěnců Pojišťovny a věkovou strukturu poskytovatelů v daném regionu,
 - b) podpora poskytování preventivní péče pojištěnkám Pojišťovny,
 - c) podpora poskytování specializovaných a konziliárních gynekologických služeb.
3. Za účelem naplnění cílů uvedených v odst. 2 tohoto článku vzniká Poskytovateli nárok na jednotlivé složky bonifikace, pokud splní uvedené podmínky a parametry definované pro každou složku bonifikace.

Článek III. Podmínky účasti v programu VZP PLUS

1. Poskytovatel alespoň na jednom pracovišti (IČP) odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví poskytuje hrazené služby za těchto podmínek:
 - a) v rozsahu minimálně 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dní týdně, přičemž má ordinální hodiny
 - i. alespoň dva dny v týdnu nejmeně do 18 hodin nebo
 - ii. alespoň dva dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo
 - iii. alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejmeně do 18 hodin,
 - b) nebo v rozsahu minimálně 24 ordinálních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinální hodiny
 - i. alespoň dva dny v týdnu nejmeně do 18 hodin nebo
 - ii. alespoň dva dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo
 - iii. alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejmeně do 18 hodin,

a zároveň doloží, že všichni lékaři, kteří na takovém pracovišti působí jako nositelé výkonů, poskytují po celý rok 2026 alespoň jeden den v týdnu hrazené služby u poskytovatele lůžkových zdravotních služeb nebo poskytovatele jednodenní péče.
 - c) Za ordinální dobu se považuje ordinální 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 daného pracoviště (IČP), za kterého se považuje nositel výkonů kategorie „L3“ dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále „Seznam výkonů“). Do ordinální doby není započítávána návštěvní služba a administrativní činnost.
 - d) Podmínka uvedená v písm. a) nebo b) se považuje za nesplněnou, pokud Poskytovatel na daném pracovišti sníží rozsah ordinálních hodin pod uvedené hodnoty.
 - e) V případě, že u Poskytovatele poskytuje hrazené služby jediný lékař (nositel výkonů) na více pracovištích (IČP), posuzuje se rozsah ordinálních hodin ve smyslu písm. a) nebo b) za jednotlivá pracoviště (IČP) společně jako celek, přičemž obdobně se postupuje i v případě Poskytovatele, který poskytuje hrazené služby na více místech poskytování (konkrétně na více IČP), pokud na těchto IČP poskytuje hrazené služby jeden lékař (nositel výkonů) v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin týdně (v celku za IČP) a tohoto lékaře doplňuje další maximálně jeden lékař. Podmínka rozsahu ordinálních hodin ve smyslu písm. a) nebo b) je tak považována za splněnou v případě, že je splňují v souhrnu všechna společně hodnocená pracoviště.

2. Poskytovatel na každém z pracovišť odbornosti 603 registruje pojištěnky Pojišťovny alespoň v rozsahu vypočteném následujícím způsobem:

500 registrovaných pojištěnek Pojišťovny x KPP_{okres}

kde:

KPP_{okres} je koeficient poměru počtu pojištěnců Pojišťovny v daném okrese, ve kterém na daném pracovišti Poskytovatel poskytuje hrazené služby, stanovený dle přílohy č. 9 Vyhlášky.

Za registraci se považuje registrace nahlášená Pojišťovně a uznaná v Kapitačním centru.

U nově smluvně sjednaného pracoviště Poskytovatele se tato podmínka považuje za splněnou, pokud Poskytovatel na tomto pracovišti zaregistruje do konce hodnoceného období alespoň takový počet pojištěnek Pojišťovny, který odpovídá alikvótnímu počtu měsíců, po které bude v hodnoceném období Poskytovatel na daném pracovišti poskytovat hrazené služby.

3. Poskytovatel bez zákonem předpokládaného důvodu (§ 48 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách) neodmítá na svých pracovištích přijímat pojištěnky Pojišťovny do péče a předává Pojišťovně hlášení v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, přičemž Poskytovatel je povinen průběžně registrovat nové pojištěnce Pojišťovny do péče na pracovištích (IČP), na kterých je registrováno méně pojištěnek Pojišťovny než je předpokládaná kapacita pracoviště vypočtená takto:

2 500 registrovaných pojištěnek Pojišťovny x KPP_{okres}

kde:

KPP_{okres} je koeficient poměru počtu pojištěnců Pojišťovny v daném okrese, ve kterém na daném pracovišti Poskytovatel poskytuje hrazené služby, stanovený dle přílohy č. 9 Vyhlášky.

Podmínka se považuje za nesplněnou, pokud Poskytovatel na takovém pracovišti nejméně 3x prokazatelně odmítne bez řádných důvodů přijmout do péče (registrovat) pojištěnky Pojišťovny.

4. Poskytovatel vede funkční objednávkový systém, který umožňuje pojištěnkám Pojišťovny objednat se na pevnou dobu v předem vymezených časech na každý den, kdy Poskytovatel na daném pracovišti ordinuje ve smyslu odst. 1 písm. a) a b) tohoto článku, a zajišťuje čekací dobu, která obvykle nepřesáhne 15 minut. Za objednávkový systém se považuje možnost elektronického objednávání, objednání e-mailem, telefonicky, případně osobně.
5. Poskytovatel komunikuje s Pojišťovnou prostřednictvím VZP POINT a předává dávky dokladů a faktury za poskytnuté hrazené služby elektronicky (prostřednictvím VZP POINT, resp. prostřednictvím svého SW s využitím B2B služeb).
6. Poskytovatel provedl a vykázal za rok 2024 preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 63021 nebo 63050 dle Seznamu výkonů v průměru u alespoň 30 % pojištěnek Pojišťovny registrovaných k 31. 12. 2024 na všech jeho pracovištích v odbornosti 603. V případě Poskytovatele, který ve výše uvedeném období nemá vlastní referenční hodnoty, se tato podmínka považuje za splněnou.
7. V případě, že nebudou podmínky uvedené v odst. 1 a odst. 3 až 5 tohoto článku Poskytovatelem splňovány od data akceptace Dodatku do konce období vyplývajícího z Článku VIII. odst. 2 tohoto Dodatku, zaniká účast Poskytovatele v programu VZP PLUS a ztrácí nárok na všechny bonifikace vyplývající z tohoto Dodatku, a to při nesplnění kterékoli z těchto podmínek.

**Článek IV.
Podpora DOSTUPNOSTI**

1. **Bonifikace za registraci nových pojištěnek Pojišťovny do péče pracovišť Poskytovatele** ve výši **až 700 Kč** bude realizována formou úhrady za každého nově registrovaného pojištěnce na daném pracovišti Poskytovatele, přičemž výsledná výše bonifikace se stanoví takto:

- a) Základní výše bonifikace je stanovena ve výši **100 Kč** za každou nově registrovanou pojištěnku Pojišťovny do péče daného pracoviště Poskytovatele.

Nově registrovanou pojištěnkou se rozumí taková pojištěnka Pojišťovny, u níž jsou současně splněny tyto podmínky:

- pojištěnka nebyla v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2025 v pravidelné péči žádného z pracovišť Poskytovatele, tj. žádným z pracovišť Poskytovatele na ni nebyly vykázaný výkony č. 63021, 63050, 63053 nebo 63055 dle Seznamu výkonů,
- pojištěnka nebyla v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2025 na žádném z pracovišť Poskytovatele registrována (tj. nebyla evidována registrace v Kapitačním centru),
- v hodnoceném období byla uznána registrace této pojištěnky v Kapitačním centru,

- Poskytovatel na tuto pojištěnku k v hodnoceném období vykázal výkon č. 63021 dle Seznamu výkonů.

V případě, že dojde k uznání registrace v hodnoceném období na více pracovištích Poskytovatele, započítává se pouze registrace evidovaná na pracovišti Poskytovatele s poslední platnou registrací.

- b) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších **200 Kč**, pokud Poskytovatel na daném pracovišti registruje ke dni 31. 12. 2026 takový počet pojištěnek Pojišťovny, který dosáhl alespoň předpokládané kapacity Poskytovatele v odbornosti 603 na jedno pracoviště vypočtené dle vzorce uvedeného v článku III. odst. 3 tohoto Dodatku.
- c) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších **300 Kč**, pokud Poskytovatel na daném pracovišti registruje ke dni 31. 12. 2026 alespoň o 10 pojištěnek Pojišťovny více, než registroval ke dni 31. 12. 2025. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2026 či později, pak se toto kritérium nevyhodnocuje, neboť se na něj toto navýšení bonifikace nevztahuje.
- d) Základní výše bonifikace dle písm. a) se navýší o dalších **100 Kč**, pokud Poskytovatel v hodnoceném období provedl preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63021 nebo 63050 dle Seznamů výkonů alespoň u 50 % pojištěnek Pojišťovny registrovaných ke dni 31. 12. 2026 na všech jeho pracovištích.

Článek V. Podpora PREVENTIVNÍ PÉČE

- 1. Bonifikace za účast pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) ve screeningovém programu karcinomu prsu** bude realizována úhradou za každou pojištěnku Pojišťovny registrovanou ke dni 31. 12. 2026 na některém z pracovišť Poskytovatele, přičemž výše bonifikace se stanoví takto:
 - a) Bonifikace ve výši **40 Kč**, pokud podíl pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (tj. 79 + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2026, u kterých bylo v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 provedeno vyšetření u poskytovatele v odbornosti 806, na celkovém počtu pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných ke dni 31. 12. 2026 na všech pracovištích Poskytovatele (dále jen „podíl provedených výkonů mamografického screeningu“) **dosáhne alespoň 65 %**. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2026 či později, pak se hranice pro splnění kritéria stanovuje ve výši 30 %.
 - b) V případě, že není splněna podmínka uvedená v písm. a) tohoto odstavce a současně podíl provedených výkonů mamografického screeningu bude **alespoň o 5 procentních bodů** vyšší než podíl pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2025, u kterých bylo v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2025 provedeno vyšetření u poskytovatele v odbornosti 806, na celkovém počtu pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 80 let (79 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2025, je bonifikace stanovena ve výši **5 Kč** za každý dosažený procentní bod navýšení. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2026 či později, pak se toto kritérium nevyhodnocuje.
- 2. Bonifikace za účast pojištěnek Pojišťovny ve věku od 18 let ve screeningovém programu karcinomu děložního hrdla** bude realizována úhradou za každou pojištěnku Pojišťovny registrovanou na pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2026, přičemž výše bonifikace se stanoví takto:
 - a) Bonifikace ve výši **40 Kč**, pokud podíl pojištěnek Pojišťovny ve věku od 18 let registrovaných ke dni 31. 12. 2026 na všech pracovištích Poskytovatele, u kterých byl v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 proveden některý z výkonů č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 dle Seznamu výkonů, na celkovém počtu pojištěnek Pojišťovny ve věku od 18 let registrovaných ke dni 31. 12. 2026 na všech pracovištích Poskytovatele (dále jen „podíl výkonů č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203“) **dosáhne alespoň 50 %**. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2026 či později, pak se hranice pro splnění kritéria stanovuje ve výši 25 %.
 - b) V případě, že není splněna podmínka uvedená v písm. a) tohoto odstavce a současně podíl výkonů č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 bude **alespoň o 5 procentních bodů** vyšší než podíl pojištěnek Pojišťovny ve věku od 18 let registrovaných ke dni 31. 12. 2025 na všech pracovištích Poskytovatele, u kterých byl v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2025 proveden některý z výkonů č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 dle Seznamu výkonů, na celkovém počtu pojištěnek Pojišťovny ve věku od 18 let registrovaných na pracovištích Poskytovatele ke dni 31. 12. 2025, je bonifikace stanovena ve výši **5 Kč** za každý dosažený procentní bod navýšení. U Poskytovatele, s nímž byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2026 či později se toto kritérium nevyhodnocuje, neboť se na něj toto navýšení bonifikace nevztahuje.

3. **Bonifikace za účast pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 74 let (74 let + 364 dní) ve screeningovém programu kolorektálního karcinomu** bude realizována úhradou za každou pojištěnku Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 74 let (74 let + 364 dní) registrovanou ke dni 31. 12. 2026 na některém z pracovišť Poskytovatele odbornosti 603, přičemž výše bonifikace se stanoví takto:

- a) Bonifikace ve výši 40 Kč, pokud podíl pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 74 let (74 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 603 ke dni 31. 12. 2026, u kterých byl v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 proveden některý z výkonů č. 15120 nebo 15121 dle Seznamu výkonů nebo u kterých byl v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2026 proveden některý z výkonů screeningové kolonoskopie č. 15101, 15103, 15105, 15107 nebo diagnostické kolonoskopie č. 15403, 15404 dle Seznamu výkonů, na celkovém počtu pojištěnek Pojišťovny od 45 let (včetně) do 74 let (74 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 603 ke dni 31. 12. 2026 (dále jen „podíl provedených výkonů screeningu kolorekta“) dosáhne alespoň 60 %. V případě, že se jedná o Poskytovatele, s nímž byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2026 či později se hranice pro splnění kritéria stanovuje ve výši 30 %.
- b) V případě, že není splněna podmínka uvedená v písm. a) a současně pokud podíl provedených výkonů screeningu kolorekta bude alespoň o 5 procentních bodů vyšší než podíl pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 74 let (74 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 603 ke dni 31. 12. 2025, u kterých byl v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2025 proveden některý z výkonů č. 15120 nebo 15121 dle Seznamu výkonů nebo u kterých byl v období od 1. 1. 2016 do 31. 12. 2025 proveden některý z výkonů screeningové kolonoskopie č. 15101, 15103, 15105, 15107 nebo diagnostické kolonoskopie č. 15403, 15404 dle Seznamu výkonů, na celkovém počtu pojištěnek Pojišťovny ve věku od 45 let (včetně) do 74 let (74 let + 364 dní) registrovaných na všech pracovištích Poskytovatele odbornosti 603 ke dni 31. 12. 2025, je bonifikace stanovena ve výši 5 Kč za každý dosažený procentní bod navýšení. U Poskytovatele, s nímž byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb účinná od 1. 1. 2026 či později se toto kritérium nevyhodnocuje, neboť se na něj toto navýšení bonifikace nevztahuje.

Článek VI.

Podpora ORGANIZACE A KVALITY PÉČE

1. **Bonifikace za poskytování konziliárních a specializovaných gynekologických vyšetření** bude realizována formou bonifikace k výkonům kolposkopické expertízy, ultrazvukové expertízy a k výkonům urogynekologické péče ve výši **750 Kč** za těchto podmínek:
- a) Ke každému vykázanému a Pojišťovnou uznanému výkonu č. 63063 dle Seznamu výkonů náleží bonifikace v případě, že je Poskytovatel držitelem funkční licence F017 – expertní kolposkopie, a zároveň provedl a Pojišťovně vykázal **alespoň 100 výkonů** č. 63063 dle Seznamu výkonů.
- b) Ke každému vykázanému a Pojišťovnou uznanému výkonu č. 63415 dle Seznamu výkonů náleží bonifikace v případě, že je Poskytovatel držitelem certifikátu ČGPS pro možnost vykazování výkonu č. 63415, a zároveň provedl **alespoň 80 výkonů** č. 63415 dle Seznamu výkonů.
- c) Ke každému vykázanému a Pojišťovnou uznanému výkonu č. 63701 nebo č. 63703 dle Seznamu výkonů náleží bonifikace v případě, že Poskytovatel získal zvláštní odbornou způsobilost v oboru urogynekologie, a zároveň provedl některý z výkonů č. 63701 nebo č. 63703 dle Seznamu výkonů **alespoň u 50 unikátně ošetřených pojištěnců Pojišťovny**.

Článek VII.

Výsledná bonifikace a další ujednání

1. Úhrada bonifikací vypočtených dle článku IV. až VI. bude finančně vypořádána do 30. 6. 2027.
2. Do výpočtu kritérií, do kterých vstupují údaje o registrovaných pojištěncích na daném pracovišti Poskytovatele, budou zahrnuty registrace pojištěnců Pojišťovny provedené Poskytovatelem, nahlášené Pojišťovně do 5. 4. 2027 a uznané v Kapitáčním centru.
3. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům definovaným v § 1 Vyhlášky nejsou předmětem vstupních kritérií ani výpočtu bonifikací dle tohoto Dodatku.

Článek VIII.

Závěrečná ustanovení

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku do 30. 11. 2026, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026. Za akceptaci považují smluvní strany doručení tohoto Dodatku, opatřeného podpisem osoby oprávněné za Poskytovatele podepisovat, ve výše uvedené lhůtě

Pojišťovně. Neakceptuje-li ve výše uvedené lhůtě Poskytovatel návrh tohoto Dodatku, nabídka Pojišťovny zaniká.

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.

V dne
razítko a podpis

V dne
razítko a podpis

.....
Za Poskytovatele
titul, jméno a příjmení
funkce

.....
Za Pojišťovnu
titul, jméno a příjmení
funkce