

DODATEK PL/2025 KE SMLOUVĚ O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB – VZOR: PL_dkkvp

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2025, budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

Základní úhrada hrazených služeb – kapitace, hodnota bodu

A. Výše základní kapitační sazby

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství jsou v roce 2025 hrazeny formou kombinované kapitačně výkonové platby, resp. formou kombinované kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitače.
- 2) Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců Pojišťovny násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní sazba měsíční kapitační platby na jednového registrovaného pojištěnce Pojišťovny pro rok 2025 se stanoví ve výši:
 - a) 74 Kč pro Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který 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 do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu, a to v minimálním rozsahu dvakrát tři hodiny v týdnu,
 - b) 67 Kč pro Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který 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) 59 Kč pro Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písm. a) nebo b).Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se Pojišťovna s Poskytovatelem dohodnout na prodloužení ordinálních hodin odlišně.
- 3) Poskytovatel deklaruje, že rozsah jím poskytovaných ordinálních hodin je bez započtení doby věnované návštěvní službě a administrativním činnostem.
- 4) Podepsáním Dodatku Poskytovatel potvrzuje, že proti roku 2024 nedošlo pro rok 2025 ke změně v rozsahu a rozložení ordinálních hodin pro poskytování hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny definovaných v odstavci 2) písm. a) až c) tohoto článku Dodatku.
- 5) Případnou změnu údajů týkající se rozsahu a rozložení ordinálních hodin pro poskytování hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny definovaných v odstavci 2) písm. a) až c) tohoto článku Dodatku se Poskytovatel zavazuje neprodleně oznámit Pojišťovně včetně uvedení účinnosti změny vyplněním souvisejícího dokumentu zveřejněného na webových stránkách Pojišťovny¹ v sekci: Poskyvatel → Úhrady zdravotních služeb → Úhradové dodatky – Formuláře. 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.
- 6) V případě, že Poskytovatel Pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2025, základní kapitační sazba podle odstavce 2) písm. a) až c) se navýší o 1,00 Kč. Pokud platnost diplomu ČŽV bude končit v průběhu roku 2025, musí Poskytovatel doložit novou kopii diplomu ČŽV nejpozději do 30 dnů od konce platnosti původního diplomu.
- 7) Podmínka 50 % je pro Poskytovatele Pojišťovnou posuzována k 1. 1. 2025. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025. Skutečnost, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2025, musí být Poskytovatelem Pojišťovně **doložena zasláním dokladů o celoživotním vzdělávání nejpozději do 31. ledna 2025 včetně** (na pozdější předání dokladů nebude brán zřetel).

¹ <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/uh rady-zdravotnich-sluzeb/uh radove-dodatky-formulare>

- 8) Počet přepočtených pojištěnců Pojišťovny se vypočte vynásobením počtu Poskytovatelem registrovaných pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách dle části A) bodu 11 přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 (dále jen „Vyhláška MZ č. 314/2024 Sb.“) příslušným věkovým indexem stanoveným podle části A) bodu 11 přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 314/2024 Sb.

B. Hodnota bodu

- 1) Výkony zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 jsou stanoveny v části A) bodu 3 přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 314/2024 Sb.
- 2) Výkony 01021, 01022 podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“) Pojišťovna hradí ve výši 1,27 Kč za bod.
- 3) Výkony 01201, 01204, 01130, 01186, 01188, 09532, 15118 a 15119 a výkony očkování 02100, 02105, 02125 a 02130 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Pojišťovna hradí ve výši 1,19 Kč za bod. Vykazování jednoho příslušného kódu očkování a vykazování jednoho kódu ZULP příslušné očkovací látky v aplikovaném množství a příslušné diagnózy se řídí platnou Metodikou pro provádění pravidelného očkování², pokud se zástupci poskytovatelů a Pojišťovny nedohodnou jinak; v případě nesplnění této podmínky nebude výkon očkování uhrazen.
- 4) Ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a výkony za neregistrované pojištěnce Pojišťovny Poskytovatelem vykazané a Pojišťovnou uznané, hrazené podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., Pojišťovna hradí hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč.
- 5) Hodnota bodu uvedená v odstavcích 2) až 4) se za splnění následujících podmínek navýší o:
 - a) 0,04 Kč v případě, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. lednu 2025 za podmínek stanovených v části A. odstavci 6), resp. odst. 7) tohoto článku Dodatku,
 - b) 0,06 Kč v případě, že Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství po celé hodnocené období poskytuje hrazené služby v rozsahu dle části A. odstavce 2) písm. a) tohoto článku Dodatku.
- 6) Výsledek finančního vypořádání navýšení hodnoty bodu dle odstavce 5) oznámí Pojišťovna Poskytovateli v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2026.
- 7) Výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., Pojišťovna hradí ve výši 1,26 Kč za bod.

C. Ostatní hrazené služby

- 1) Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře vykázanou Poskytovatelem Pojišťovně prostřednictvím výkonu 01543 se stanoví úhrada ve výši 85 Kč.
- 2) Výkon ošetření dítěte od 12 do 18 let vykázaný Poskytovatelem prostřednictvím výkonu 09557 bude Pojišťovnou hrazen v souladu s Vyhláškou MZ č. 134/1998 Sb. ve výši 1,06 Kč za bod.
- 3) Výkony managementu a péče o pacienta s diagnostikovanou osteoporózou (11320, 11321 a 11327) budou v roce 2025 hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,19 Kč.
- 4) Výkon 01295 – Registrace pacienta umístěného v pobytovém zařízení soc. služeb dle § 34 odst. 1 písm. c) až f) zákona o sociálních službách bude v roce 2025 Pojišťovna hradit s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.
- 5) 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 2025 hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,19 Kč. Hodnota bodu uvedená ve větě první se navýší v souladu s ustanovením části B. odstavce 5) tohoto článku Dodatku.
- 6) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2025 jsou vykázovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečné účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek 2

Navýšení kapitační platby – prevence, akreditace a školení

A. Preventivní prohlídky

² <https://vakciny.avenier.cz/cz>

- 1) V případě, že Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, navýší se základní kapitační platba podle článku 1 části A. odstavce 2) tohoto Dodatku o 2,00 Kč.
- 2) Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025. Podmínky pro výplatu bonifikace stanovené v odstavci 1) budou posuzovány dle stavu k 31. 12. 2025.
- 3) Výsledek finančního vypořádání navýšení kapitační platby dle odstavce 1) oznámí Pojišťovna Poskytovateli v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2026.

B. Akreditace MZ ČR, školení

- 1) Akreditovanému Poskytovateli, u kterého probíhá v roce 2025 praktické vzdělávání konkrétního školence v oboru všeobecné praktické lékařství bez dotace nebo na základě získání dotace MZ ČR na rezidenční místo, bude základní sazba kapitačního paušálu zvýšena o 4,00 Kč. Navýšení kapitační platby bude provedeno od následujícího měsíce po písemném oznámení Poskytovatele a to pouze za měsíce, ve kterých skutečně praktické vzdělávání školence/rezidenta u Poskytovatele probíhá. Počet školenců/rezidentů u Poskytovatele nemá vliv na úroveň navýšení. Nárok na navýšení kapitační platby je posuzován k poslednímu dni kalendářního měsíce. Poskytovatel je realizaci školení lékaře v rámci předatestační přípravy pro získání bonifikace za příslušné období roku 2025 povinen Pojišťovně písemnou formou doložit (např. vzdělávací plán, kopie smlouvy uzavřené mezi Poskytovatelem a školencem, atd.), a to nejpozději do 31. 12. 2025.
- 2) Akreditovaným Poskytovatelem se pro účely tohoto Dodatku rozumí Poskytovatel, který doloží Pojišťovně praktické vzdělávání školence/rezidenta u Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství. V případě, že získání akreditace bylo Poskytovatelem Pojišťovně doloženo v roce 2024 nebo dříve a akreditace platí po celý rok 2025, není ze strany Poskytovatele nutné akreditaci znovu Pojišťovně dokládat. V případě, kdy akreditace neplatí celý kalendářní měsíc, nepřisluší Poskytovateli za tento měsíc navýšení kapitační sazby dle odst. 1) části B. tohoto článku Dodatku.

Článek 3

Očkování, screening kolorektálního karcinomu

A. Očkování proti chřipce

- 1) V případě, že Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství provedl v hodnoceném období očkování (výkon 02125 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.) proti chřipce (ATC skupina J07BB02) alespoň u 25 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 65-ti let, Pojišťovna vyplatí Poskytovateli bonifikaci ve výši 100 Kč/URČ, kde URČ je unikátní RČ definované výše, na které byla Poskytovatelem v hodnoceném období vykázána aplikace očkovací látky s ATC skupinou J07BB02.

B. Screening kolorektálního karcinomu

- 1) V případě, že Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství provedl v hodnoceném období screening kolorektálního karcinomu, vykázaný výkonem č. 15118 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. alespoň u 25 % svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny ve věku od 50 do 80 let, s vyloučením pojištěnců, u kterých byl od roku 2014 proveden výkon kolonoskopie (výkon č. 15404 a/nebo dále výkony č.: 15101, 15103, 15105, 15107, 15403 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.) nebo výkon vyšetření kolorektálního karcinomu gynekologem provedený v letech 2023 a 2024 (výkon č. 15118 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.), Pojišťovna vyplatí Poskytovateli bonifikaci ve výši 100 Kč/URČ, kde URČ je unikátní RČ definované výše, na které byl Poskytovatelem v hodnoceném období vykázan výkon 15118.
- 2) Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025. Podmínky pro výplatu bonifikace dle tohoto článku Dodatku budou posuzovány dle stavu k 31. 12. 2025.
- 3) Nárok na výplatu bonifikace dle tohoto článku Dodatku má pouze Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství, který provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. alespoň u 15 % všech svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny.
- 4) Výsledek finančního vypořádání bonifikací dle písm. A. a B. tohoto článku Dodatku oznámí Pojišťovna Poskytovateli v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2026.

Článek 4

Péče o chronické pacienty

A. Hypertenze

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2025 dispenzarizuje pacienta (vykázan výkon 09532) s dg. I10* - I15* a tento je léčen minimálně jedním z antihypertenziv (ATC skupiny C02* až C09*), náleží mu bonifikace ve výši 250 Kč/URČ_{disp}, kde URČ_{disp} je unikátní počet dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2025, a to minimálně po dobu 6 měsíců. V případě preskripce musí být předepisujícím dispenzarizující Poskytovatel odbornosti 001.

- 2) Pro uznání bonifikace definované v odstavci 1) je nezbytné, aby v hodnoceném období byly u dispenzarizovaného pacienta vykázány minimálně tyto hrazené služby: výkon EKG (minimálně jeden z dále uvedených výkonů: 09127, 17129, 17111, 11111, 11021, 11022, 11023, 17021, 17022 nebo 17023) a kompletní spektrum laboratorních výkonů (současně vykázané výkony č.: 81499 - kreatinin nebo 81703 – cystatin C a současně 81327 – albumin – průkaz v moči nebo 81675 – mikroalbuminurie, 81527 – cholesterol LDL / případně 11311 – signální výkon pro hodnotu LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l³ a 81439 – glukóza kvantitativní stanovení).
- 3) V případě, že u pacienta definovaného v odstavci 1), u kterého byly splněny podmínky definované v odstavci 2) dojde ke kompenzaci, která bude zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci pacienta, vykáže Poskytovatel výkon 17711, za který mu náleží bonifikace ve výši:
 - a) 250 Kč/URČ_{komp}, kde URČ_{komp} je unikátní počet kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny a
 - b) 150 Kč/URČ_{komp_new}, kde URČ_{komp_new} je unikátní počet nově kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny, u kterých v období roku 2024 nebyl vykázan výkon kompenzace 17711.
- 4) Podmínkou kompenzace pro uznání bonifikace definované v odstavci 3) je cílová hodnota TK pod 140/90 mmHg.
- 5) Kompenzační výkon 17711 Poskytovatel vykáže pouze pokud dojde ke kompenzaci, tzn. nedojde ke zvýšení hodnot TK nad cílovou hodnotu definovanou v odst. 4) tohoto článku Dodatku. Pokud bude u pojištěnce zjištěna jiná hodnota než hodnota definovaná v odst. 4) tohoto článku Dodatku vykáže Poskytovatel pro tuto situaci výkon 17712. V případě, že nedojde k 31. 12. 2025 ke kompenzaci pacienta nebude Poskytovateli za toto URČ náležet bonifikace uvedená v odst. 3) tohoto článku Dodatku.

B. Diabetes

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2025 dispenzarizuje pacienta (vykázan výkon 09532) s dg. E11* a tento je léčen minimálně jedním z PAD (ATC skupina A10B), náleží mu bonifikace ve výši 250 Kč/URČ_{disp}, kde URČ_{disp} je unikátní počet dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele k 31.12.2025, a to minimálně po dobu 6 měsíců. V případě preskripce musí být předepisujícím dispenzarizující Poskytovatel odborností 001.
- 2) Pro uznání bonifikace definované v odstavci 1) je nezbytné, aby v hodnoceném období byly u dispenzarizovaného pacienta vykázány minimálně tyto hrazené služby: vyšetření glykovaného hemoglobinu (minimálně jeden z výkonů: 81449 – glykovaný hemoglobin nebo 01445 – stanovení glykovaného hemoglobinu v ambulanci), glykémie nalačno (minimálně jeden z výkonů: 81439 - glukóza kvantitativní stanovení nebo 01441 – stanovení glukózy glukometrem), renální funkce (minimálně jeden z dvojice výkonů: 81499 - kreatinin nebo 81703 – cystatin C a současně 81327 – albumin – průkaz v moči nebo 81675 – mikroalbuminurie) a vyšetření lipidového spektra (současně vykázané výkony č.: 81471 – cholesterol celkový, 81473 – cholesterol HDL, 81527 - cholesterol LDL/případně 11311 – signální výkon pro hodnotu LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l³ a 81611 - triacylglyceroly).
- 3) V případě, že u pacienta definovaného v odstavci 1), u kterého byly splněny podmínky definované v odstavci 2) dojde ke kompenzaci, která bude zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci pacienta, vykáže Poskytovatel výkon 13111, za který mu náleží bonifikace ve výši:
 - a) 250 Kč/URČ_{komp}, kde URČ_{komp} je unikátní počet kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny a
 - b) 150 Kč/URČ_{komp_new}, kde URČ_{komp_new} je unikátní počet nově kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny, u kterých v období roku 2024 nebyl vykázan výkon kompenzace 13111.
- 4) Podmínkou kompenzace pro uznání bonifikace definované v odstavci 3) je cílová hodnota HbA1c (výkon 81449 nebo 01445) do 53 mmol/mol (včetně).
- 5) Kompenzační výkon 13111 Poskytovatel vykáže pouze pokud dojde ke kompenzaci, tzn. nedojde ke zvýšení hodnot HbA1c nad cílovou hodnotu definovanou v odst. 4) tohoto článku Dodatku. Pokud bude u pojištěnce zjištěna jiná hodnota než hodnota definovaná v odst. 4) tohoto článku Dodatku vykáže Poskytovatel pro tuto situaci výkon 13112. V případě, že nedojde k 31. 12. 2025 ke kompenzaci pacienta nebude Poskytovateli za toto URČ náležet bonifikace uvedená v odst. 3) tohoto článku Dodatku.

C. Dyslipidemie

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2025 dispenzarizuje pacienta (vykázan výkon 09532) s dg. E78* a tento je léčen minimálně jedním z léčiv ovlivňujících hladinu lipidů (ATC skupina C10*), náleží mu bonifikace ve výši 250 Kč/URČ_{disp}, kde URČ_{disp} je unikátní počet dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2025, a to minimálně po dobu 6 měsíců a v případě, že daný pacient není

³ Vykázání výkonu 11311 jako vyšetření LDL cholesterolu provedené výpočtem tzv. Friedewaldovou rovnicí lze akceptovat pouze za předpokladu, že hodnota LDL cholesterolu bude nižší než 3,0 mmol/l.

u Poskytovatele dispenzarizován pro jiná onemocnění. V případě preskripce musí být předepisujícím dispenzarizující Poskytovatel odborností 001.

- 2) Pro uznání bonifikace definované v odstavci 1) je nezbytné, aby v hodnoceném období byly u dispenzarizovaného pacienta vykázané minimálně tyto hrazené služby: vyšetření lipidového spektra (současně vykázané výkony č.: 81471 - cholesterol celkový, 81473 - cholesterol HDL, 81527 - cholesterol LDL/případně 11311 – signální výkon pro hodnotu LDL cholesterolu nižší než 3,0 mmol/l³, 81611 - triacylglyceroly).
- 3) V případě, že u pacienta definovaného v odstavci 1), u kterého byly splněny podmínky definované v odstavci 2) dojde ke kompenzaci, která bude zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci pacienta, vykáže Poskytovatel výkon 11311, za který mu náleží bonifikace ve výši:
 - a) 250 Kč/URČ_{komp}, kde URČ_{komp} je unikátní počet kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny a
 - b) 150 Kč/URČ_{komp_new}, kde URČ_{komp_new} je unikátní počet nově kompenzovaných dispenzarizovaných pacientů Pojišťovny, u kterých v období roku 2024 nebyl vykázan výkon kompenzace 11311.
- 4) Podmínkou kompenzace pro uznání bonifikace definované v odstavci 3) je cílová hodnota LDL (výkon 81527) pod 3,0 mmol/l.
- 5) Kompenzační výkon 11311 Poskytovatel vykáže pouze pokud dojde ke kompenzaci a tento již nebyl ze strany Poskytovatele vykázan v rámci odst. 2), tzn. nedojde ke zvýšení hodnot LDL nad cílovou hodnotu definovanou v odst. 4) tohoto článku Dodatku. Pokud bude u pojištěnce zjištěna jiná hodnota než hodnota definovaná v odst. 4) tohoto článku Dodatku vykáže Poskytovatel pro tuto situaci výkon 11312. V případě, že nedojde k 31. 12. 2025 ke kompenzaci pacienta nebude Poskytovateli za toto URČ náležet bonifikace uvedená v odst. 3) tohoto článku Dodatku.
- 6) Nárok na výplatu bonifikace stanovené dle tohoto článku Dodatku má pouze Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství, který provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. alespoň u 15 % všech svých registrovaných pojištěnců Pojišťovny.
- 7) Výsledek finančního vypořádání bonifikace za péči o chronické pacienty dle tohoto článku Dodatku oznámí Pojišťovna Poskytovateli v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2026.

Článek 5 Malá praxe

- 1) Dorovnání kapítace se poskytuje v případech, kdy Poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců Pojišťovny než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností Pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- 2) Jednicovým registrovaným pojištěncem se rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby hrazených služeb. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.
- 3) Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný Poskytovatel uzavřeno smlouvu o poskytování a o úhradě hrazených služeb podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto Poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství.

Článek 6 Týmová praxe

Pokud Poskytovatel, předem prostřednictvím formuláře zveřejněným na webových stránkách Pojišťovny^[3] v sekci: Poskytovatelé → Úhrady zdravotních služeb → PL_PLDD, požádá a Pojišťovna odsouhlasí splnění podmínek pro poskytování zdravotních služeb v rozsahu a rozložení formou týmové praxe^[4] definovaných v odst. 1 části E) přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 314/2024 Sb., uzavře Pojišťovna s Poskytovatelem samostatný dodatek, kterým budou sjednány podmínky úhrady týmové praxe.

^[3] <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/uh rady-zdravotnich-sluzeb/plpldd>

^[4] Metodika pro nasmolování týmové praxe v podmínkách ZP MV ČR ke zveřejnění na webových stránkách Pojišťovny v sekci: Poskytovatelé → Úhrady zdravotních služeb → PL/PLDD (<https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/uh rady-zdravotnich-sluzeb/plpldd>)

Okomentoval(a): [KK1]: Pro rok 2026 upravit délku poznámky pod čarou s ohledem na 2D kód

Článek 7 **Distanční komunikace**

Hrazené služby poskytované prostřednictvím distanční komunikace budou Poskytovatelem Pojišťovně vykazovány prostřednictvím výkonů 09821 - Telemedicina – videokonzultace vzdáleným přístupem a 01305 – Distanční konzultace zdravotního stavu registrovaného pacienta VPL nebo PLDD. Výkony uvedené ve větě první Pojišťovna hradí v případě výkonu 09821 hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč a v případě výkonu 01305 hodnotou bodu ve výši 1,26 Kč s tím, že počet distančních kontaktů nepřekročí v hodnoceném období 30 % všech epizod péče (kontaktů) o pacienta (tj. podíl výkonu 01305 na celkovém počtu výkonu 01543 a 09557 nepřesáhne 30 %). Podmínky vykazování a úhrady výkonů uvedených ve větě první se pro rok 2025 řídí podmínkami zveřejněnými na webových stránkách Pojišťovny³ v sekci: Poskytovatelé → Úhrady zdravotních služeb → PL_PLDD.

Článek 8 **Regulační omezení**

Pojišťovna je oprávněna vůči Poskytovateli v rámci regulačních omezení postupovat dle části D) přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 314/2024 Sb.

Článek 9 **Zahraniční pojištěnci**

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států EU, ESVO, Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku a pojištěncům krytým mezinárodní smlouvou, kterou je ČR v oblasti zdravotního pojištění vázána (dále jen „zahraniční pojištěnci“), se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za zahraniční pojištěnce Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů a v souladu s přímo použitelnými předpisy EU (Nařízení EP a Rady (ES) č. 883/2004 a č. 987/2009 a Nařízení EP a Rady (EU) č.1231/2010), dále v souladu s metodickými pokyny Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněnými ve Věstníku MZ částce 3/2011 a dále v souladu se souvisejícími ustanoveními uvedenými v Cenovém předpisu Ministerstva zdravotnictví platném a účinném ke dni poskytnutí zdravotní služby zahraničnímu pojištěnci Pojišťovny.
- 2) Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,37 Kč.
- 3) Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům nebudou zahrnuty do regulačních omezení.
- 4) Poskytovatel se zavazuje zaslat vyúčtování za hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pojištěnce v případě zahraničního pojištěnce, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace u Pojišťovny, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 7.00 hodin do 14.00 hodin (v pátek od 7.00 hodin do 12.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 10 **Závěrečná ustanovení**

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2025, ne však dříve než od data uvedeného v čl. XI odst. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Tento Dodatek 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.
- 4) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 5) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 6) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 7) 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 neprodlené zpět do datové schránky Pojišťovny (**9swaix3**), nejpozději však do 30. 11. 2025.

- 8) Pokud nebude Dodatek do Pojišťovny ve lhůtě podle předchozího odstavce vůbec doručen, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.