

VZOR

DODATEK PL/2026 KE SMLouvĚ O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB č. XXXXXXXXXX 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 **PL/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 oboru všeobecné praktické lékařství budou v roce 2026 hrazeny formou kombinované kapitačně 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 § 6, resp. Přílohy č. 2 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) Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se Pojišťovna s Poskytovatelem dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně od znění souvisejících ustanovení Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb.
- 3) Poskytovatel deklaruje, že rozsah jím poskytovaných ordinačních hodin je bez započtení doby věnované návštěvním službám a administrativním činnostem.
- 4) Podepsáním Dodatku Poskytovatel potvrzuje, že proti roku 2025 nedošlo pro rok 2026 ke změně v rozsahu a rozložení ordinačních hodin pro poskytování hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny definovaných v souvisejících ustanoveních Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb.
- 5) 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 vyplněním souvisejícího dokumentu zveřejněného na webových stránkách Pojišťovny¹ v sekci: Poskytovatelé → 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) Podmínka 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny jako držitelů platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, je pro Poskytovatele Pojišťovnou posuzována k 1. 1. 2026. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2026. 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 2026, musí být Poskytovatelem Pojišťovně doložena zasláním dokladů o celoživotním vzdělávání nejpozději do 31. ledna 2026 včetně (na pozdější předání dokladů nebude brán zřetel).
- 7) Výsledek finančního vypořádání navýšení základní kapitační sazby a hodnoty bodu dle souvisejících ustanovení Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. oznámí Pojišťovna Poskytovateli v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2027.

Článek 2

Navýšení kapitační platby za školení akreditovaným Poskytovatelem

- 1) Akreditovanému Poskytovateli, u kterého probíhá v roce 2026 praktické vzdělávání konkrétního školenice 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 školenice/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

¹ <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/uhrady-zdravotnich-sluzeb/uhradove-dodatky-formulare>

bonifikace za příslušné období roku 2026 povinen Pojišťovně písemnou formou doložit (např. vzdělávací plán, kopie smlouvy uzavřené mezi Poskytovatelem a školencem, atd.), a to nejpozději do 31. 12. 2026.

- 2) Akreditovaným Poskytovatelem se pro účely tohoto Dodatku rozumí Poskytovatel, který doloží Pojišťovně získání akreditace MZ ČR k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství. V případě, že získání akreditace bylo Poskytovatelem Pojišťovně doloženo v roce 2025 nebo dříve a akreditace platí po celý rok 2026, není ze strany Poskytovatele nutné akreditaci znovu Pojišťovně dokládat. V případě, kdy akreditace neplatí celý kalendářní měsíc, nepřísluší Poskytovateli za tento měsíc navýšení kapitační sazby dle odst. 1) tohoto článku Dodatku.

Článek 3

Navýšení kapitační platby za specifické zdravotní služby (screening, očkování)

- 1) Základní kapitační sazba podle bodu 1 písm. a) až c) části A) Přílohy č. 2 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. se Poskytovateli, který splňuje podmínky podle odst. 2) tohoto Dodatku navýší za splnění každé jednotlivé podmínky samostatně o 1 Kč. V případě současného splnění všech podmínek uvedených v odst. 2) tohoto Dodatku, bude základní kapitační sazba Poskytovateli navýšena nad rámec navýšení uvedeného ve větě první o další o 2 Kč.
- 2) Podmínky pro navýšení základní kapitační sazby Poskytovatele, jejichž plnění se posuzuje za všechny zdravotní pojišťovny společně, se stanoví takto:
 - a) Alespoň u 25 % registrovaných pojištěnců Poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 45 do 74 let byl proveden screening kolorektálního karcinomu vykázaný výkonem č. 15120 nebo 15121 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů v období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 nebo koloskopické vyšetření vykázané výkonem č. 15101, 15103, 15105 nebo 15107 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2026, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 45 do 74 let je 31. prosince hodnoceného období.
 - b) V období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 alespoň u 20 % registrovaných pojištěnců Poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 65 let bylo provedeno očkování proti chřipce, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených očkování proti chřipce k počtu registrovaných pojištěnců na daném pracovišti ve věku od 65 let je 31. prosince hodnoceného období.
 - c) V období od 1. 1. 2025 do 31. 12. 2026 alespoň u 60 % registrovaných pojištěnek Poskytovatele na daném pracovišti ve věku od 45 do 68 let bylo provedeno screeningové mamografické vyšetření vykázané výkonem č. 89178 nebo 89223 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ve znění pozdějších předpisů, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených screeningových vyšetření k počtu registrovaných pojištěnek na daném pracovišti ve věku od 45 do 68 let je 31. prosince hodnoceného období.
- 3) Výsledek finančního vypořádání bonifikace za specifické služby dle tohoto článku Dodatku oznámí Pojišťovna Poskytovateli v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2027. Ustanovení dle bodu 3 písm. a) a bodu 4) Přílohy č. 2 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb. se nepoužije.

Článek 4

Bonifikace poskytování diferenciální diagnostiky POCT ultrasonografií (POCUS)

- 1) Pro účely zvýšení kvality diagnostického procesu poskytovaného pojištěncům Pojišťovny se Pojišťovna zavazuje Poskytovateli, který používá při diferenciální diagnostice POCUS, uhradit měsíční bonifikaci dle odst. 2) tohoto Dodatku, pokud tento Poskytovatel v příslušném měsíci splňuje následující podmínky:
 - a) poskytuje zdravotní služby v rozsahu a rozložení stanoveném v bodu 1 písm. a) části A) Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb.,
 - b) předložil Pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství,
 - c) registruje minimálně 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven,
 - d) doloží absolvování kurzů POCUS pořádaných katedrou všeobecného lékařství IPVZ a vlastnictví přístroje.
- 2) Výše měsíční úhrady za zajištění POCUS se stanoví následovně:

$$UHR_{\text{pocus}} = KPP_{\text{okres}} * 5000 \text{ Kč},$$

kde:

KPP_{okres} koeficient počtu pojištěnců Pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb.

- 3) Podmínkou pro výplatu navýšení úhrady stanovené dle odst. 2) tohoto Dodatku je provedení minimálně $250 * KPP_{\text{okres}}$ vyšetření za hodnocené období. Provedení vyšetření POCUS prokáže Poskytovatel Pojišťovně vykázaním výkonu 01050 dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. za podmínek stanovených v odstavci 4).

- 4) Provedená vyšetření v rámci POCUS mají umožnit stanovení definitivní diagnózy přímo v ordinaci Poskytovatele bez nutnosti odeslat pacienta k diagnostice ambulantním specialistou. Naopak se nejedná o screeningovou metodu a není náhradou komplexního ultrazvukového vyšetření. Okruh vyšetření, která mohou naplnit podmínku ve větě první se týkají zejména vyšetření proximálního hlubokého žilního systému dolních končetin, pleury a plic, srdce a břicha v případech:
- a) cévní systém :podezření na hlubokou žilní trombózu,
 - b) břicho: pyelonefritida, žlučník,
 - c) plíce a pleura: dušnost se stanovením příčiny (pneumonie, srdeční selhání, pleurální výpotek, pneumotorax),
 - d) respiračních infekcí: detekce intersticiálního syndromu.
- 5) Úhradu bonifikace vypořádá Pojišťovna po vyhodnocení dle podmínek stanovených v odst. 3) a 4) tohoto Dodatku Poskytovateli v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období, a to do 30. 6. 2027.

Článek 5

- 1) Nad rámec úhrad uvedených v článku 1 Dodatku bude Pojišťovna realizovat úhradu výkonů managementu a péče o pacienta s diagnostikovanou osteoporózou (11320, 11321 a 11327). Hodnota budu výkonů uvedených ve větě první v roce 2026 činí 1,19 Kč.
- 2) 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 2026 Pojišťovna hradit s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.
- 3) Úhrada výkonu 01306 – Průkaz antigenu SARS-CoV-2 – diagnostika u symptomatických pacientů bude v roce 2026 realizována ve výši 201 Kč.
- 4) Hrazené služby poskytované prostřednictvím distanční komunikace budou Poskytovatelem Pojišťovně vykazovány prostřednictvím výkonů 09821 - Telemedicína – 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 výkonech 09555, 09556 a 09557 nepřesáhne 30 %). Podmínky vykazování a úhrady výkonů uvedených ve větě první se pro rok 2026 řídí podmínkami zveřejněnými na webových stránkách Pojišťovny² v sekci: Poskytovatelé → Úhrady zdravotních služeb → PL_PLDD.
- 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 2026 hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,26 Kč.

Článek 6

Péče o chronické pacienty

A. Hypertenze

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2026 dispenzarizuje pacienta (vykázán 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. 2026, 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 vykázaný 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:

² <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/uhrady-zdravotnich-sluzeb/plpldd>

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.

- 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 2025 nebyl vykázán 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. 2026 ke kompenzaci pacienta nebude Poskytovateli za toto URČ náležen bonifikace uvedená v odst. 3) tohoto článku Dodatku.

B. Diabetes

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2026 dispenzarizuje pacienta (vykázán 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. 2026, 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: 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 2025 nebyl vykázán 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. 2026 ke kompenzaci pacienta nebude Poskytovateli za toto URČ náležen bonifikace uvedená v odst. 3) tohoto článku Dodatku.

C. Dyslipidemie

- 1) V případě, že Poskytovatel v roce 2026 dispenzarizuje pacienta (vykázán výkon 09532) s dg. E78* a tento je léčen minimálně jedním z léčiv ovlivňující 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. 2026, a to minimálně po dobu 6 měsíců a v případě, že daný pacient není u Poskytovatele dispenzarizován pro jiná onemocnění. 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: 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 2025 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. 2026 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 výkonem 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. 2027.

Článek 7 Týmová praxe

- 1) Při úhradě týmové praxe, pokud bude s Poskytovatelem sjednána, bude Pojišťovna postupovat v souladu s ustanovením části D Přílohy č. 2 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb.
- 2) Poskytovatel, kterému byl ze strany Pojišťovny přiznán statut týmové praxe pro rok 2025 a pro rok 2026 i nadále splňuje stanovené podmínky týmové praxe, nemusí o pokračování žádat. V případě, že Poskytovatel o statut týmové praxe nemá dál zájem, oznámí tuto skutečnost neprodleně písemnou formou Pojišťovně s uvedením datumu, ke kterému se tato změna vztahuje.
- 3) Poskytovatel, kterému v roce 2025 nebyl statut týmové praxe ze strany Pojišťovny přiznán nebo o něj dosud nepožádal, použije k podání žádosti formulář zveřejněný na webových stránkách Pojišťovny² v sekci: Poskytovatelé → Úhrady zdravotních služeb → PL_PLDD a Pojišťovna posoudí a odsouhlasí splnění podmínek pro poskytování zdravotních služeb v rozsahu a rozložení formou týmové praxe⁴ definovaných v části D) Přílohy č. 2 Vyhlášky MZ č. 432/2025 Sb.
- 4) V případě, že se Poskytovatel v hodnoceném období účastní bonifikačního programu „REGION/2026“ a za tímto účelem má s Pojišťovnou uzavřený příslušný dodatek k tomuto bonifikačnímu programu, nárok na bonifikace, který je jím upraven, Poskytovateli nevznikne.
- 5) Výsledek finančního vypořádání předběžných měsíčních úhrad za týmovou praxi dle tohoto článku Dodatku bude ze strany Pojišťovny oznámen do 30. 06. 2027. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána zvláštní platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.

Článek 8 Regulační omezení

Pojišťovna je oprávněna vůči Poskytovateli v rámci regulačních omezení postupovat dle části C) přílohy č. 2 k Vyhlášce MZ č. 432/2025 Sb.

Článek 9 Závěrečná ustanovení

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.

⁴ Metodika pro nasmlouvání 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/uhrady-zdravotnich-sluzeb/plpldd>