

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, SPL, SPLDD, APZZ a ČLK-o.s. na úhradu hrazených služeb ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v roce 2027

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2027.

Ordinačními hodinami se rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na daném pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař daného pracoviště se specializovanou způsobilostí, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

Návrh je předložen za podmínky mimořádné valorizace platby za státní pojištěnce od 1.1.2027 v ročním finančním objemu 25 mld. Kč.

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 9 a indexů podle bodu 9. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) **78 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu,
 - b) **69 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin,
 - c) **60 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b),
 - d) **66 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b).
2. Základní kapitační sazba:
 - a) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do **31. ledna hodnoceného období** doloží, že nejméně **50 % lékařů**, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo

profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

- b) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o **2,00 Kč** v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u **30 %** svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. prosince hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby podle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
- c) podle bodu 1 písm. a), b) a d) se navýší o **2,00 Kč** v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů alespoň u **40 %** svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let je 31. prosince hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby podle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
- d) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** poskytovateli, který předložil před hodnoceným obdobím nebo v jeho průběhu zdravotní 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, pediatrie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, doloží, že zajišťuje specializační vzdělávání pro lékaře (školence nebo rezidenta) v rámci vzdělávacího programu specializačního vzdělávání a zároveň doloží, že alespoň v části období od 1. 1. 2022 na svém pracovišti vzdělával alespoň jednoho školence/rezidenta; navýšení kapitační platby se provede od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do vzdělávacího programu, nejpozději však do konce hodnoceného období.
3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.

09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (I BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002, podle seznamu výkonů:

Č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CĚVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY

09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

4. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- pro výkony č. **01021, 01022** podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,44 Kč** a pro výkony č. **02021, 02022, 02031 a 02032** podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,31 Kč**,
 - pro výkony č. **01201, 01204, 01186, 01188, 02035, 02036, 02037, 02039, 02240, 02043, 02044, 02045, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119, 01130, 01135, 01136, 01196, 01197** a **nový výkon prevence duševního zdraví** podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,30 Kč**,
 - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši **1,19 Kč**.
5. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,04 Kč** v případě, že poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně **50 %** lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka podle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
6. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,06 Kč** pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a zároveň má objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny objednávat se na pevně stanovenou dobu alespoň 2 dny v týdnu.
7. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,32 Kč**.
8. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost podle seznamu výkonů v ordinaci Poskytovatele v odbornosti 001 či 002 se stanovuje úhrada následujícím způsobem:
- u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2027 ve výši **224 Kč**,
 - u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2027 ve výši **168 Kč**,

- c) u pojištěnce ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2027 ve výši **112 Kč**,
- d) u pojištěnce od dovršení věku 18 let vykázanou výkonem č. 01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví úhrada ve výši **90 Kč**.
9. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 30 až 34 let, jsou stanoveny takto:

Věková skupina	Index
0–4 roky	4,57
5–9 let	2,11
10–14 let	1,62
15–19 let	1,06
20–24 let	0,90
25–29 let	0,95
30–34 let	1,00
35–39 let	1,05
40–44 let	1,05
45–49 let	1,10
50–54 let	1,43
55–59 let	1,54
60–64 let	1,59
65–69 let	1,80
70–74 let	2,12
75–79 let	2,67
80–84 let	3,22
85–89 let	3,80
90 a více let	4,41

10. V případě, že Poskytovatel provede vyšetření diferenciální diagnostiky POCT ultrasonografií (POCUS) vykázané prostřednictvím výkonu č. 01050 dle Seznamu výkonů alespoň v počtu případů odpovídajícím 250/12 krát počet měsíců, ve kterých měl výkon nasmlouván ve smlouvě s příslušnou zdravotní pojišťovnou, krát KPPokres dle přílohy č. 9 k vyhlášce, bude mu uhrazena bonifikace ve výši 5 000 Kč krát KPPokres za každý měsíc, ve kterém měl výkon č. 01050 nasmlouván v příloze č. 2 Smlouvy. Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2027.

B) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.

C) Regulační omezení

1. Pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost se stanoví regulační omezení uvedená v bodech 1.1 až 1.4.
- 1.1. Pokud průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady

na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztahena na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

- 1.2. Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztahena na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
 - 1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148 a 02220 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztahena na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 15 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, screeningu včasného záchytu karcinomu plic, výkony screeningu karcinomu prostaty podle seznamu výkonů a výkony časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů provedenou v přímé vazbě na preventivní prohlídky a podle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.
 - 1.4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, vztahena na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě byly překročeny průměrné úhrady podle bodu 1.
 3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní a stomické pomůcky předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
 4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší

předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající **15 %** úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období.

D) Úhrada za týmovou praxi

1. Úhrada za týmovou praxi náleží poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů zřizujícímu samostatně organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (dále jen „pracoviště týmové praxe“), pokud tento poskytovatel alespoň v jednom kalendářním měsíci hodnoceného období splňoval následující podmínky:
 - a) hrazené služby poskytované poskytovatelem na pracovišti týmové praxe jsou hrazeny kombinovanou kapitálně výkonovou platbou podle části A,
 - b) poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů předložil zdravotní 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) poskytovatel na pracovišti týmové praxe poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,
 - d) poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu,
 - e) poskytovatel na pracovišti týmové praxe registruje minimálně 1 800 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů, jde-li o poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, a 1 700 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů, jde-li o poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,

- f) poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno nejméně v tomto rozsahu:
1. 1,0 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí, který je fyzicky přítomen na pracovišti týmové praxe po celou ordinační dobu, a
 2. 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí nebo lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene,
příčemž úvazkem 1,0 se pro účely této části rozumí úvazková kapacita sjednaná ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb v rozsahu 30 hodin týdně,
- g) na pracovišti týmové praxe celkový počet úvazků lékaře se specializovanou způsobilostí a lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 3,0 úvazku, přičemž počet úvazků lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 1,0 úvazku,
- h) technické a věcné vybavení pracoviště týmové praxe umožňuje provedení:
1. výkonů č. 01441, 01443, 02230, 02250, 09127, 15119 a 17129 podle seznamu výkonů, jedná-li se o pracoviště týmové praxe poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů,
 2. výkonů č. 01441, 02036, 02220, 02230, 02250 a 09125 podle seznamu výkonů, jedná-li se o pracoviště týmové praxe poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,
příčemž tyto výkony zahrnuje smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb,
 - a) poskytovatel na pracovišti týmové praxe průběžně registruje nové pojištěnce do naplnění kapacity 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, jde-li o poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, a 1 700 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, jde-li o poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, a
 - b) poskytovatel splnil v hodnoceném období alespoň jednu z následujících podmínek:
 - i. poskytovatel v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů na pracovišti týmové praxe nově zaregistroval minimálně 20 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven v přepočtu na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti,
 - ii. poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů na pracovišti týmové praxe nově zaregistroval minimálně 10 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven v přepočtu na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti,

iii. poskytovatel dosáhl kladného rozdílu počtu přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných na pracovišti týmové praxe k 31. prosinci hodnoceného období oproti 1. lednu hodnoceného období;

příčemž je-li pracoviště týmové praxe vytvořeno sloučením více původních pracovišť, nepovažují se pojištěnci registrovaní na původních pracovištích za nově registrované pojištěnce na pracovišti týmové praxe vzniklém tímto sloučením.

2. Měsíční výše úhrady za týmovou praxi se stanoví následovně:

$$\dot{U}hr_{týmová_praxe} = KPP_{okres} \times \dot{U}v_{+} \times 10\,800 \text{ Kč}$$

kde:

KPP_{okres} je koeficient počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

$\dot{U}v_{+}$ je počet desetín úvazků lékařů přesahujících 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, vypočtený jako:

$$\dot{U}v_{+} = (\dot{U}v_{\Sigma} - 1) \times 10$$

kde:

$\dot{U}v_{\Sigma}$ je celková výše úvazků lékařů se specializovanou způsobilostí a lékařů s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene na pracovišti týmové praxe.

3. Pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží splnění podmínek podle bodu 1 písm. a) až g), úhrada za týmovou praxi se mu poskytne jako měsíční předběžná úhrada, a to od prvního dne kalendářního měsíce, za který zdravotní pojišťovně splnění těchto podmínek doložil. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání na základě vyhodnocení plnění podmínek podle bodu 1 příslušnou zdravotní pojišťovnou, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

E) Bonifikace za terénní sestru v ordinaci VPL a PLDD

1. V případě, že poskytovatel v hodnoceném období personálně zajišťuje sestru či sestry S2 nebo S3 minimálně v úvazku 40 hodin týdně (může se jednat o součet kratších úvazků), bude mu od 1. dne měsíce, ve kterém splnil tuto podmínku poskytnuta předběžná měsíční ve výši:

$$PM\dot{U}tersest = 25\,000 \text{ Kč} * KppOkres$$

2. V případě, že poskytovatel provedl u svých registrovaných pojištěnců nasmlouvané výkony odbornosti 911 v počtu epizod péče odpovídajícím alespoň 200/12 krát počet měsíců u dané pojišťovny, ve kterých měl na pracovišti nasmlouvanu terénní sestru, krát KPP_{okres} , bude mu za tento měsíc přiznána úhrada ve výši předběžné měsíční úhrady dle bodu 1. této části.

3. Za každou vykázanou epizodu péče u registrovaných pacientů poskytovatele v souvislosti vyšetřením terénní sestry podle seznamu výkonů se stanovuje úhrada následovně:
 - a) Epizoda péče sestry (15 min) ve výši 151 Kč
 - b) Epizoda péče sestry (30 min) ve výši 303 Kč

4. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání na základě vyhodnocení plnění podmínek podle bodu 2 příslušnou zdravotní pojišťovnou, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

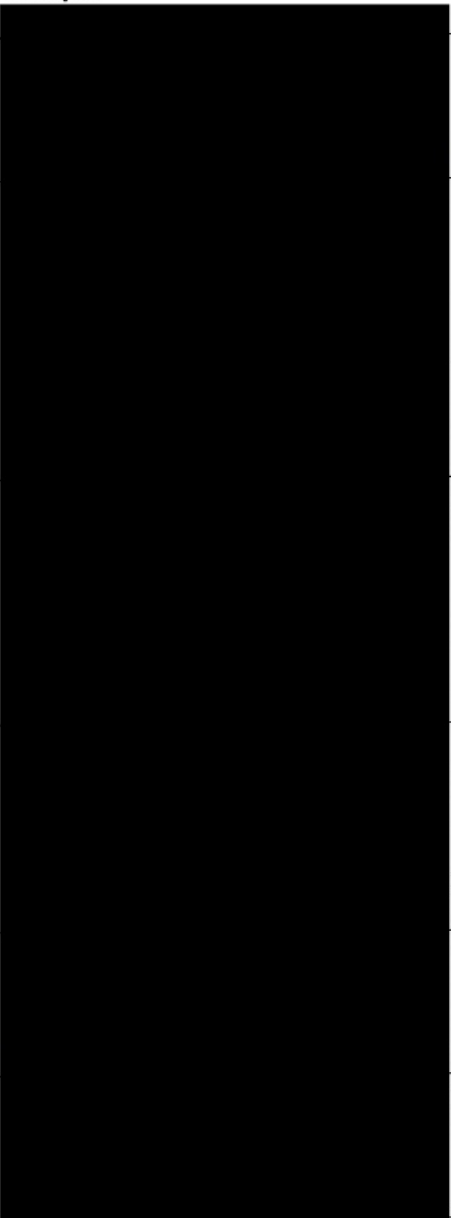
Prezenční listina

Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2027

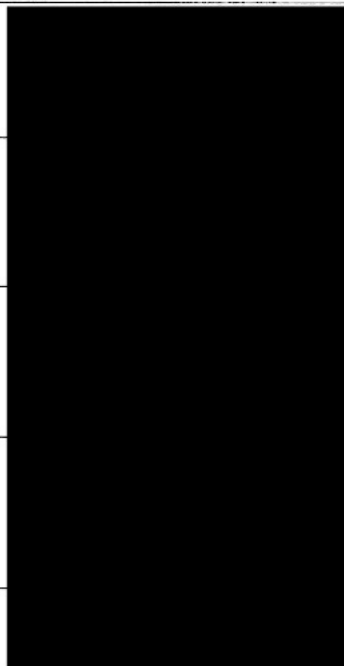
Datum: 28. května 2026

Místo: Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Drahobejlova 1404/4, Praha 9
(zasedací místnost č. 306)

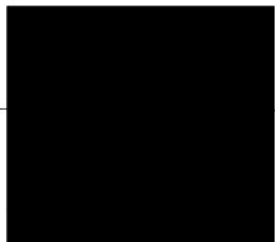
Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VoZP	Markéta Benešová Petr Hrabáček	
ČPZP	Lucie Linková	
OZP	Jana Šlajsová	
ZPMV	Otyšlček Petr	
ZPŠ	Petr Štrach	
RBP	Pavel Pudný	








Zástupci VZP

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
DRÁŽAŘOVÁ LIDSTE VZP ČR		
VZP	PRŮHA ZBĚL	
VZP	MRUHA	
VZP	JANUJ	

Zástupci MZČR

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
	JINDŘICH LAUSCHMANN	
	Hana Kovářková	

Zástupci poskytovatelů: Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
ASTZS	Jiří Mada	
ASPZS	ČEŇEK Luběk	
SPUDJ	OTIŘAD KOZDĚRKA	
ASPSZ	DANIEL FRNKA	
ČLK	JOZA	
QPL	JOHN MA	
SM 03	BRZ, leda	
ZLW	MACH	