

Společný návrh SPL ČR, SPLDD ČR, ČLK o.s., ANČR a APZZ na úhradu hrazených služeb ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v roce 2026

Společný návrh SPL ČR a SPLDD ČR na úhradu hrazených služeb v segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost předložený v dohodovacím řízení je v souladu s prioritami Ministerstva zdravotnictví ČR pro rok 2026 a dlouhodobě deklarovanými prioritami zdravotních pojišťoven. Reaguje na složitou situaci systému veřejného zdravotního pojištění a potřebu účelného a efektivního hrazení zdravotních služeb. Umožňuje zajištění dostupnosti a kvality zdravotní péče a současně stabilního, udržitelného a vyrovnaného hospodaření zdravotních pojišťoven. Návrh SPL ČR a SPLDD ČR reflektuje deficitní vývoj hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění a predikci příjmů a výdajů pro rok 2026. Vychází vstříc ministerstvem deklarované snaze směřovat pacienty do nákladově efektivních druhů a forem péče a hledat úspory výdajů u zdravotních služeb s nízkou přidanou hodnotou pro pacienty, či s nadbytkem kapacit. Je v souladu s úsilím zdravotních pojišťoven zvyšovat efektivitu poskytování zdravotních služeb a alokovat prostředky veřejného zdravotního pojištění účelnějším způsobem. Právě v současné složité situaci je zcela nezbytné vynakládat omezené prostředky zdravotního pojištění do oblastí zdravotní péče, kde přináší nejvyšší efekt. Je třeba investovat více prostředků do primární péče, která má ze všech složek zdravotního systému nejsilnější potenciál ovlivnit zdravotní stav jednotlivců i populace, jako celku.

Předložený návrh se zaměřuje na posílení úhrad prevence, očkování a screeningu závažných onemocnění. Tedy zdravotních služeb, které mají nejvyšší efekt na zdravotní stav celé populace a mají také nejvyšší potenciál uspořít prostředky a snížit výdaje na zdravotní péči v dalších letech. Investice do primární péče, prevence, očkování, screeningu a managementu chronických onemocnění jsou prokazatelně nákladově nejefektivnějším výdajem systému veřejného zdravotního pojištění. Mají jednoznačně pozitivní vliv na snižování výdajů spojených se vznikem preventabilních onemocnění, jejich komplikacemi a léčbou včetně zbytečných hospitalizací. Silná primární péče je klíčová pro efektivní cestu pacienta zdravotním systémem a je tak segmentem nejvíce ovlivňujícím a regulujícím objem zdravotní péče konzumované v ostatních segmentech zdravotního systému. Předložený návrh chce motivovat lékaře k větší aktivitě v provádění očkování, screeningových vyšetření a preventivních prohlídek. Sledovaným cílem je zvyšování jejich počtu a zvýšení kvality preventivních prohlídek. Více prostředků je směřováno do úhrad prevence, screeningu, včasného zachytu, očkování, abychom úhrady nezaměřovali pouze na léčbu již rozvinutých nemocí a jejich komplikací, ale jejich vzniku předcházeli. Ve vazbě na vývoj stárnutí populace a epidemii chronických onemocnění má investice do těchto zdravotních služeb potenciál úspory významného objemu prostředků veřejného zdravotního pojištění, které by musely být na nákladnou léčbu těchto onemocnění v dalším období vynaloženy. V ostatních částech úhrady segmentu praktických lékařů, jako jsou kapitální složka úhrady, úhrada epizody péče a ostatní nepreferované výkony navrhujeme již nižší tempo růstu než je předpokládaná výše růstu příjmů zdravotního systému.

Návrh dále počítá pouze s minimální valorizací úhrady týmových praxí a upřesněním a zjednodušením podmínek pro vznik nových týmových praxí. Také obsahuje nový úhradový mechanismus pro zajištění péče terénní sestrou jako integrální součásti multidisciplinárního týmu vedeného praktickým lékařem, tak jak to předpokládá strategie ministerstva zdravotnictví Zdraví 2035. Jedná se o všeobecnou nebo dětskou sestru pracující samostatně v rámci multidisciplinárního týmu vedeného praktickým lékařem. Její zásadní výhodou je znalost kmene pacientů registrovaných v ambulanci VPL nebo PLDD, jehož týmu je součástí, a každodenní intenzivní komunikace s lékařem a ostatními členy týmu. Dokáže posoudit vývoj jejich zdravotně sociálního stavu v čase, identifikovat pacienty ohrožené rozvojem závislosti, potenciálně rizikové institucionalizací. V týmu vedeném praktickým lékařem pomáhá v indikovaných případech zorganizovat vyšetření v domácím prostředí (včetně využití telemedicíny a distanční komunikace s lékařem). Přispívá ke zvyšování dostupnosti a kvality péče a zvyšuje efektivitu využívání času lékaře. Jako součást týmu pomáhá koordinovat péči o imobilní, geriatrické či jinak handicapované pacienty s maximální snahou udržet imobilní, seniorní a polymorbidní chronické pacienty v kompenzovaném zdravotním stavu po co nejdelší možnou dobu v jejich domácím prostředí a při co nejlepší kvalitě života. Koordinuje potřebnou spolupráci pacienta, jeho rodiny, širšího sociálního prostředí pacienta, komunity, zdravotně sociálních a sociálních služeb. Je schopna vyhodnotit a kontinuálně monitorovat vývoj schopnosti sebez péče a sebeobsluhy pacienta a spolupracovat s orgány sociální péče ve věci určení stupně závislosti a z toho plynoucích sociálních dávek (např. příspěvek na péči). V případě dětských pacientů se podílí na

zajištění léčebného procesu a koordinaci zdravotní péče při léčbě závažných a vzácných onemocnění a na řešení a prevenci situací, které by mohly znamenat porušení úmluvy o právech dítěte (rizika zanedbávání, týrání, zneužívání, neposkytování zdravotní péče apod.). Je schopna vyhodnotit zajištění odpovídající péče o dítě v domácím prostředí, zajištění jeho základních potřeb ve vlastním sociálním prostředí, identifikaci rizikového chování dětí, podporu prevence léčby závislostí dětí a mladistvých. Plní tak zásadní roli nejen v oblasti zdravotní péče, ale také v oblasti veřejného a duševního zdraví a komunitní péče.

Dále ve vazbě na potřebu zvyšování kvality diagnostického procesu návrh zavádí úhradový mechanismus pro praktické lékaře používající při diferenciální diagnostice POCT ultrasonografii (POCUS). Ve vazbě na potřebu zajištění dostupnosti péče u dětských pacientů a regionální rozdíly v dostupnosti specializované ambulantní péče je předložen návrh úhradového mechanismu pro PLDD v oblastech s omezenou dostupností ambulantní péče, kde praktičtí lékaři pro děti a dorost poskytují pacientům specializované zdravotní služby širšího rozsahu, zavádí specializované balíčkové úhrady (psychiatrie PLDD). Podrobně zpracovaný společný návrh úhradového mechanismu segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost pro rok 2026, vycházející z výše uvedených priorit předkládáme v textu s cílem dosažení dohody se zdravotními pojišťovnami v dohodovacím řízení o stanovení hodnot bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2026.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2026.

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.

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 10 a indexů podle bodu 10. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) **74 Kč 77 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, 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) **67 Kč 70 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, 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; pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,
 - c) **59 Kč 61 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),

- d) **64 Kč 66 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),

2. Základní kapitační sazba:

- a) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** v případě, že bude zdravotní pojišťovně nejpozději do **31. ledna hodnoceného období** doloženo, že nejméně **50 % lékařů**, kteří u poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, 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 zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2026; 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 ku počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. 12. hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby dle 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 ku počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let je 31. 12. hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby dle 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 předloží v průběhu hodnoceného období zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, pediatrie, případně v oboru dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a zároveň doloží, že školí lékaře (školence) v rámci vzdělávacího programu. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do specializace, nejdéle však do konce hodnoceného období.
3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

Výkon dle seznamu výkonů	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 (1 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:

Výkon dle seznamu výkonů	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, CÉVKOVÁNÍ, 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 poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovně uznané, hrazené dle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,27 1,37 Kč** a pro výkony **02021, 02022, 02031 a 02032** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,16 1,25 Kč**,
- pro výkony č. **01201, 01204, 01186, 01188, 02036, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119, a 01130, 01135, 01136, 01196, 01197, 11320 a 11321**, podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,19 1,26 Kč**,
- pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,16 1,23 Kč**.

5. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,04 Kč** v případě, že bude příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, 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 oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost 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 dva dny v týdnu.
7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši **1,37 1,47 Kč**.
8. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,26-1,34 Kč**.
9. 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:
- a) u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **212 220 Kč**,
 - b) u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **159-165 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 2024 ve výši **106 110 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 **85 88 Kč**.
10. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let, jsou stanoveny takto:

Věková skupina	Věkový Index
0 - 4 roky	4,35
5 - 9 let	2,01
10 - 14 let	1,54
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

Věková skupina	Věkový Index
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	2,54
80 - 84 let	3,07
85 a více let	3,60

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A bodu 1 a 2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců, a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů centrálního registru pojištěnců.
2. Výše dorovnání kapitace pro poskytovatele podle bodu 1 se stanoví výpočtem níže. Na úhradě dorovnání kapitace se podílí zdravotní pojišťovny, s nimiž má poskytovatel uzavřenou smlouvu, přičemž výše poměrné části dorovnání kapitace je stanovena podle poměru přepočtených registrovaných pojištěnců těchto zdravotních pojišťoven.

$$\text{Dorovnání kapitace} = (0,9 * \text{CPPJP} - \text{PJP}) * \text{KS} * \text{DK}$$

kde:

PJP je počet přepočtených registrovaných pojištěnců daného poskytovatele.

CPPJP je celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců vztahený na úvazek lékaře 1,00.

KS je kapitační sazba poskytovatele podle části A bodu 1 a 2.

DK je dorovnávací koeficient, který se stanoví následovně:

$$\text{DK} = \frac{\text{PJP}}{\text{CPPJP}} + 0,3$$

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 4 až 10 části A použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,00 1,06 Kč**; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,26 1,34 Kč**.

D) 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 **a stomických pomůcek**, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší **0-20 30 %** 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 10 %** 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 vztahená 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, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší **o 20 30 %** celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše **25 10 %** z překročení.
- 1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony rychlé diagnostiky vykazované výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148 a 02220 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší **o 15 30 %** celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše **25 10 %** 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, 01021, 01022 a 09532,** podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, screeningu včasného zachytu karcinomu plic, **a výkony screeningu karcinomu prostaty, výkony časného zachytu osteoporózy, výkony screeningu aneurysmatu abdominální aorty a screeningového vyšetření Časný záchyt očních vad u dětí předškolního věku,** podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.
- 1.4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší **o 20 30 %** celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše **25 10 %** z překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, **pokud poskytovatel odůvodní hrazené služby pokud zdravotní pojišťovna neprokáže nedůvodnost či nehospodárnost hrazených služeb,** jejichž poskytnutím došlo k překročení průměrných úhrad 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 1.1 se nepoužije, pokud průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní a stomických pomůcek, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, nepřevýší o více než 20 % průměrnou úhradu v příslušném kraji.
8. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud poskytovatel v hodnoceném období předepsal léčivé přípravky s nejnižší úhradou zdravotní pojišťovny alespoň v objemu 30% své celkové preskripce v hodnoceném období.
9. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, nepřevýší o více než 20 % průměrnou úhradu v příslušném kraji.
10. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony rychlé diagnostiky vykazované výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148 a 02220 podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, nepřevýší o více než 20 % průměrnou úhradu v příslušném kraji.
11. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle věkových indexů v hodnoceném období, nepřevýší o více než 20 % průměrnou úhradu v příslušném kraji.
12. Regulační omezení podle bodu 1.1 až 1.4 se nepoužijí, pokud komplexní náklady registrované klientely poskytovatele za hodnocené období nepřekročí komplexní náklady registrované klientely předchozího hodnoceného období o více než 10 %. Zohledněny budou meziroční odchylky ve složení registrované klientely dle věkových indexů.
13. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
14. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající **15,5 %** úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, za výkony 01543, 09555, 09556, 09557, za všechny výkony screeningových programů a výkony u neregistrovaných pacientů a za veškeré bonifikace v hodnoceném období.

E) 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 samostatné 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 kapitačně 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 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven,
- f) poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno nejméně v tomto rozsahu:
 - i. 1,0 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí, který je fyzicky přítomen na pracovišti týmové praxe po celou ordinační dobu, a
 - ii. 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí nebo lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene, přičemž 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:
 - i. 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,
 - ii. 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, přičemž tyto výkony zahrnuje smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb,
- i) poskytovatel na pracovišti týmové praxe průběžně registruje nové pojištěnce do naplnění kapacity 1800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, ~~) kladný rozdíl počtu přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných na pracovišti týmové praxe k 31. prosinci hodnoceného období a k 1. lednu hodnoceného období činí 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; je-li pracoviště týmové praxe vytvořeno sloučením více původních pracovišť, nepovažují se pojištěnci registrovaní na původních pracovištích za nové pojištěnce registrované na pracovišti týmové praxe vzniklém tímto sloučením.~~

j) poskytovatel v odbornosti všeobecného praktického lékařství hodnoceném období od 1. ledna do 31. prosince na pracovišti týmové praxe nově přijme a zaregistruje do péče minimálně 10 nových pojištěnců všech zdravotních pojišťoven na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti;

k) poskytovatel v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost v hodnoceném období od 1. ledna do 31. prosince na pracovišti týmové praxe nově přijme a zaregistruje do péče minimálně 20 nových přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti;

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

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

$$\text{Úhrtýmová praxe} = KPPokres \times Úv+ \times 10\,400 \text{ Kč}$$

kde:

$KPPokres$ je koeficient počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

$Úv+$ je počet desetin úvazků lékařů přesahujících 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, vypočtený jako:

$$Úv+ = (Úv\S - 1) \times 10$$

kde:

$Úv\S$ 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.

F) Úhrada za zajištění terénní sestry v ordinaci praktického lékaře

1. V rámci zajištění pravidelné péče u polymorbidních pacientů s dlouhodobými a akutními potížemi v domácím prostředí s cílem snížit počet pojištěnců čerpajících péči v rámci lékařské pohotovostní služby a urgentních příjmů

2. Úhrada za zajištění terénní sestry náleží poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, pokud tento poskytovatel alespoň v jednom kalendářním měsíci hodnoceného období splňoval následující podmínky:
- a) hrazené služby poskytované poskytovatelem jsou hrazeny kombinovanou kapitačně 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 poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,
 - d) poskytovatel provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu,
 - e) poskytovatel registruje minimálně 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven
 - f) poskytovatel má všeobecnou zdravotní sestru minimálně v úvazku 1,0

3. Měsíční výše úhrady za zajištění terénní sestry se stanoví následovně:

$$\text{Úhrterenní_sestra} = KPPokres \times 10000 \text{ Kč}$$

kde:

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

Pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží splnění podmínek podle bodu 1 písm. a) až f), úhrada za terénní sestru 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. Nárok na úhradu za zajištění terénní sestry zaniká, pokud bylo realizováno méně než 200 návštěv terénní sestrou v hodnoceném období.

4. Za každou návštěvu terénní sestry se stanoví úhrada ve výši 88 Kč - Epizoda péče/kontakt v souvislosti s vyšetřením terénní sestrou pacienta v domácím prostředí.

G) Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem nepsychiatrem v ordinaci praktického lékaře u dětí do 19 let

1. Ve vazbě na potřebu zajištění dostupnosti péče u dětských pacientů a regionální rozdíly v dostupnosti specializované ambulantní péče je předložen návrh úhradového mechanismu pro PLDD v oblastech s omezenou dostupností ambulantní péče, kde praktičtí lékaři pro děti a dorost poskytují pacientům specializované zdravotní služby širšího rozsahu, zavádí specializované balíčkové úhrady (psychiatrie PLDD).
2. Měsíční výše úhrady za provádění podpůrné psychoterapie se stanoví následovně:

$$\text{Úhrpsychopldd} = KPPokres \times 5000 \text{ Kč}$$

kde:

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

3. Poskytovatel vykazuje výkon 02035 - Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem nepsychiatrem. (Registrační list výkonu v příloze)

H) Úhrada pro praktické lékaře používající při diferenciální diagnostice POCT ultrasonografii (POCUS)

1. Ve vazbě na potřebu zvyšování kvality diagnostického procesu návrh zavádí úhradový mechanismus pro praktické lékaře používající při diferenciální diagnostice POCUS.
2. Úhrada pro praktické lékaře používající při diferenciální diagnostice POCUS náleží, pokud tento poskytovatel alespoň v jednom kalendářním měsíci hodnoceného období splňoval následující podmínky:
 - a) hrazené služby poskytované poskytovatelem jsou hrazeny kombinovanou kapitačně 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 poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,
 - d) poskytovatel provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu,
 - e) poskytovatel registruje minimálně 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven,
 - f) doloží absolvování kurzů POCUS pořádaných katedrou všeobecného lékařství IPVZ
3. Měsíční výše úhrady za zajištění POCUS se stanoví následovně:

$$\text{Úhrpocus} = KPPokres \times 5000 \text{ Kč}$$

kde:

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

Pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží splnění podmínek podle bodu 1 písm. a) až f), úhrada za POCUS se mu poskytne jako měsíční předběžná úhrada, a to od prvního dne kalendářního měsíce, za který zdravotní pojišťovně splnění těchto podmínek doložil.

Přeběžné 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. Nárok na úhradu za zajištění POCUS zaniká, pokud bylo realizováno méně než 250 vyšetření v hodnoceném období (poskytovatel při každém vyšetření vykazuje signální kód).

