

***Příloha č. 3** k protokolu z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost.*

Návrh Svazu zdravotních pojišťoven ČR

NÁVRH pro DŘ na rok 2026

úhrada zdravotních služeb poskytovaných ve skupině všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost

Komentář k navrhovaným změnám

Navržená změna financování segmentu všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost má primární cíl zajistit lepší dostupnost primární péče a zvýšení její efektivity a snížit administrativní zátěž.

Kapitační platba:

1. **Navrhujeme 2 úrovně kapitační sazby:** majoritní většina poskytovatelů plní ordinační hodiny ve výši 30 OH/5 pracovních dní – podmínku plní 76 % poskytovatelů. 18 % poskytovatelů neplní podmínku ani 30, ani 25 OH/5 pracovních dní. Pouze 6 % poskytovatelů plní podmínku 25 OH/5 pracovních dní. Rozvrstvení kapitační sazby do 2 cenových úrovní je dostatečně motivující s tím, že odstup mezi oběma kapitačními sazbami je vyšší, aby motivoval k rozšíření ordinačních hodin.
2. **Zrušení navýšení za diplom CZV:** povinnost lékařů se vzdělávat je daná zákonem, administrace dokládání těchto podkladů je oboustranně náročná.
3. **Cílená podpora ordinací se školencem/rezidentem:** do navýšení za doložení rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu byla doplněna podmínka doložení vzdělávání školence/rezidenta na pracovišti v posledních pěti letech, a to z důvodu cílené podpory ordinací, které se do vzdělávání školenců/rezidentů aktivně zapojují.
4. **Podmínění úhrady kapitační platby péčí o pojištěnce:** cíleně podporovat ordinace, ve kterých prokazatelně pečují o pojištěnce.

Výkonová část úhrady:

1. **Zrušení navýšení HB za CZV a výměna za navýšení HB za plnění procentuálního plnění provedených preventivních prohlídek:** jde o cílenou podporu fungování a podpory preventivní péče.

Regulační omezení:

Vzhledem k nedohodě ohledně návrhu změn diskutovaných v rámci dohodovacího řízení, byla regulační omezení převzata z předchozí vyhlášky.

Týmové praxe:

Vzhledem k aspektu, že nelze prozatím vyhodnotit efektivitu týmových praxí a naplnění cílů, SZP navrhuje úpravu dílčích parametrů pro sjednocení podmínek pro vyhodnocení týmových praxí PLD a PLDD bez dalších pozdějších zásahů – maximální kapacita na 1,0 úvazku lékaře 2 000 přepočtených pojištěnců.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2024. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2026.

Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2024, poskytovatelem vykázané do 31. března 2025 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2025.

Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, poskytovatelem vykázané do 31. března 2027 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2027.

§ 18

- (1) Pro výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,06 Kč**. Věta první se nepoužije u poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče, u kterého se postupuje podle § 17 odst. 3.
- (2) Pro výkony č. 09555 až 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,06 Kč**.
- (3) Pro výkony č. 09580 a 09581 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,02 Kč**.
- (4) Za každý výkon č. 09990 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **36 Kč**.
- (5) Úhrada podle odstavců 1 až 4 nevstupuje do výpočtu maximální, celkové nebo jím obdobné výše úhrady za hrazené služby. S výjimkou podle odstavce 1 věty druhé se odstavce 1 až 4 nepoužijí pro hrazené služby jednodenní a lůžkové péče.

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. **Výše kapitační platby** se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny násobeného základní kapitační sazbou podle bodů 1 až 4 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 11 a indexů podle bodu 11. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

- a. **74 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 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinaci hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu,
- b. **59 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti **všeobecné praktické lékařství** podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmeně a),
- c. **64 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 písmeně a).

2. Základní kapitační sazba:

- a. podle bodu 1 písm. a) a b) 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 40 % 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,
- b. podle bodu 1 písm. a) a c) 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,
- c. podle bodu 1 se navýší o **2,00 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 a zároveň doloží, že zajišťuje specializační vzdělávání pro lékaře (školence nebo rezidenta) v rámci vzdělávacího programu specializačního vzdělávání a zároveň zdravotní pojišťovně doložil nebo doloží, že alespoň v části období od 1. 1. 2021 na svém pracovišti vzdělával, nebo v hodnoceném období vzdělává 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,
- d. za registrovaného pojištěnce podle bodu 1 písm. a) – c) bude poskytovateli uhrazena kapitační platba pouze v případě, že byla u tohoto pojištěnce v období od 1. 1. 2022 provedena preventivní prohlídka vykázaná výkony č. 01021 nebo 01022, 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů, nebo byly vykázané výkony v souvislosti s ošetřením pojištěnce č. 09543, 01543, 09555, 09556, 09557 podle seznamu výkonů. Pokud podmínka ve větě první není splněna bude poskytovateli

uhrazena kapitační platba ve výši 50 % sazby stanovené v bodě 1 písm. a) – c). Pro vyhodnocení realizace kapitační sazby za příslušný kalendářní měsíc budou zohledněny vykázané a uznané zdravotní služby k 10. dni příslušného kalendářního měsíce. Dodatečné vykázání hrazených služeb v dalším období nebude mít zpětně vliv na úhradu kapitační sazby za daný kalendářní měsíc.

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 TKANÍ 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 RANY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM2
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

4. 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, 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 DOSPĚLEHO 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 RANÝ VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM2
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

5. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:

- a. pro výkony č. 01021, 01022 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,21 Kč** a pro výkony č. 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,12 Kč**,
- b. pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119 a 01130 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,15 Kč**,
- c. pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši **1,10 Kč**.

6. Hodnota bodu uvedená v bodě 5 se navýší o 0,09 Kč v případě, že poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství provedl v období od 1. 1. 2024 do 30. 6. 2025 preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 55 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku do 80 let.

7. Hodnota bodu uvedená v bodě 5 se navýší o 0,09 Kč v případě, že poskytovatel v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost provedl v období od 1. 1. 2024 do 30. 6. 2025 preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů alespoň u 60 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 3 do 19 let.

8. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši definované v bodě 5., přičemž podmínky pro navýšení úhrady uvedené v bodech 6. a 7. se považují za splněné.

9. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč.

10. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením poskytovatelem v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovatelem v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **85 Kč**.

11. Věkové skupiny a indexy jsou stanoveny takto:

Věková skupina	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
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) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **0,98 Kč**; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,26 Kč**.

C) Regulační omezení

1. Pro poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů 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 podle věkových indexů 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 vztažená 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 % 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, vztažená 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 vykázan 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 zachytu karcinomu plic, výkony screeningu karcinomu prostaty, výkony časného zachytu osteoporózy, výkony screeningu aneurysmatu abdominální aorty a screeningového vyšetření Časný zachyt 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 % 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 předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené 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 a stomické pomůcky předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na hodnocené 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 na hodnocené 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 na hodnocené období 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, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
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.

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 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 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 ordinčních 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 ordinární 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 a více,
 - 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 2 000 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, nebo

j. poskytovatel nově zaregistroval v hodnoceném období alespoň 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,

k. nově registrovaným pojištěncem na pracovišti týmové praxe se rozumí pojištěnec, u něhož jsou splněny následující podmínky:

- i. poskytovatel jej zaregistroval na pracovišti týmové praxe v rámci hodnoceného období,
 - ii. registrace tohoto pojištěnce je uznána v Kapitačním centru do 5. 3. 2027, přičemž v případě, že za rok 2026 došlo k uznání registrace na více pracovištích poskytovatele, započítává se registrace evidovaná na pracovišti s poslední platnou registrací,
 - iii. pojištěnec v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2025 nebyl na žádném z pracovišť Poskytovatele registrován.
1. V případě, že je pracoviště týmové praxe vytvořeno sloučením více původních pracovišť, nepovažují se pojištěnci registrovaní na původních pracovištích za nové pojištěnce registrované na pracovišti týmové praxe vzniklé tímto sloučením. Za nově registrované pojištěnce se rovněž nepovažují ti pojištěnci, kteří byli v hodnoceném období přeregistrováni na pracoviště týmové praxe z jiného pracoviště poskytovatele.

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

- a. případě, že poskytovatel na pracovišti týmové praxe splní podmínku uvedenou v bodě 1 písm. i) nebo j), stanoví se měsíční úhrada za týmovou praxi ($MÚ_{týmová_praxe_A}$) takto:

$$MÚ_{týmová_praxe_A} = KPP_{okres} \times Úv_+ \times 10\,000 \text{ Kč}$$

kde:

KPP_{okres} 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:

$$Úv_+ = (Úv_{\Sigma} - 1) \times 10$$

kde:

$Úv_{\Sigma}$ je celková výše úvazků lékařů se specializovanou způsobilostí a lékařů s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene na pracovišti týmové praxe, která se stanoví jako průměrná výše úvazků na základě údajů o výši úvazků v jednotlivých měsících hodnoceného období,

- b. v případě, že poskytovatel na pracovišti týmové praxe nesplní podmínku uvedenou v bodě 1 písm. i) nebo j), ale zaregistruje za hodnocené období nové přepočtené pojištěnce všech zdravotních pojišťoven v počtu více než 20 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven, stanoví se měsíční úhrada za týmovou praxi ($MÚ_{týmová_praxe_B}$) takto:

$$MÚ_{týmová_praxe_B} = \frac{PJp_{počet}}{Úv_+ \times 20} * MÚ_{týmová_praxe_A}$$

kde:

$PJP_{počet}$ je počet nově registrovaných přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných na pracovišti týmové praxe v hodnoceném období.

- c. v případě, že poskytovatel nesplní podmínku uvedenou v bodě 1 písm. i) nebo j) nebo v bodě 2 písm. b) nárok na měsíční úhradu za týmovou praxi mu nevznikne,
3. Předběžné měsíční úhrady budou Poskytovateli uhrazeny nejpozději do 45 dní od skončení měsíce, ve kterém splní podmínky pro její vyplacení. Výše předběžné měsíční úhrady ($PM\dot{U}_{týmová_praxe}$) bude vypočtena takto:

$$PM\dot{U}_{týmová_praxe} = KPP_{okres} \times \dot{U}v_M \times 10\,000 \text{ Kč}$$

kde:

$\dot{U}v_M$ je počet desetin úvazků lékařů přesahujících úvazek lékaře 1,0 na pracovišti týmové praxe,

vypočtený jako:

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

kde:

$\dot{U}v_{\Sigma M}$ je celková výše úvazků lékařů se specializovanou způsobilostí a lékařů s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene na pracovišti týmové praxe vyplývající z přílohy č. 2 Smlouvy za měsíc, za který Poskytovateli vznikne nárok na výplatu předběžné měsíční úhrady.