

Návrh VZP ČR na úhradu hrazených služeb ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v roce 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** 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) **67 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) **59 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) **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 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 doloží 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 alespoň v části období od 1. 1. 2021 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. Nárok na kapitační platbu dle bodu 1 a 2 nevzniká u registrovaného pojištěnce, který v daném měsíci dosáhl věku 85 let a více a zároveň u tohoto pojištěnce nebyl v posledních 36 měsících vykázan žádný klinický kontakt pojištěnce s poskytovatelem, vykázaný některým z výkonů uvedených v bodě 5 písm. a) nebo v bodě 9.
4. 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 (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:

| 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 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 |

5. 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 **1,25 Kč** a pro výkony č. **02021, 02022, 02031 a 02032** podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,14 Kč**,
 - 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 **1,17 Kč**,
 - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši **1,14 Kč**.
6. Hodnota bodu uvedená v bodě 5 se navýší o **0,05 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.
7. Hodnota bodu uvedená v bodě 5 se navýší o **0,05 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.
8. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,26 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:
- u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2026 ve výši **212 Kč**,
 - u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2026 ve výši **159 Kč**,
 - u pojištěnce ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2026 ve výši **106 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 Kč**.

10. 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

- 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 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, vztahená 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.
- 1.4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, vztahená 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 1.1 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 v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny.
7. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající **15 %** úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační

platbu a výkony snižené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období.

D) Podpora dostupnosti prostřednictvím tzv. týmových praxí

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 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:
 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, 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:
 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,

- 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:
 - 1. poskytovatel jej zaregistroval na pracovišti týmové praxe v rámci hodnoceného období,
 - 2. 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,
 - 3. pojištěnec v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2025 nebyl na žádném z pracovišť Poskytovatele registrován.

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 ($MÚ_{\text{týmová_praxe_A}}$) takto:

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

kde:

KPP_{okres} je koeficient počtu pojištěnců Pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 vyhlášky

$Úv_+$ je počet desetin úvazků lékařů přesahujících úvazek lékaře 1,0 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:

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

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 ($PMÚ_{týmová_praxe}$) bude vypočtena takto:

$$PMÚ_{týmová_praxe} = KPP_{okres} \times Úv_M \times 10\,000 \text{ Kč}$$

kde:

$Úv_M$ je počet desetin úvazků lékařů přesahujících úvazek lékaře 1,0 na pracovišti týmové praxe,

vypočtený jako:

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

kde:

$Úv_{\Sigma M}$ 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.