

Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2024 ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost

Datum konání: 31. května 2023

Účastníci jednání: dle prezenční listiny (příloha č. 4)

Návrh účastníků jednání jsou přílohou tohoto protokolu:

Příloha č. 1 návrh VZP ČR

Příloha č. 2 návrh SZP ČR

Příloha č. 3 návrh společný návrh poskytovatelů SPL ČR, SPLDD ČR, APZZ, AN ČR a ČLK, o.s.

Účastníci při jednání **nedošli k dohodě.**

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o úhradách na rok 2024 ve skupině poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost **došlo k nedohodě.**

Hlasování o předložených návrzích

Návrh VZP ČR (příloha č. 1 tohoto protokolu)

| Poskytovatelé | Počet hlasů | Zdravotní pojišťovny | Počet hlasů |
|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| PRO: | 0 | PRO: | 1 |
| PROTI: | 5 | PROTI: | 4 |
| Zdržel se hlasování: | 0 | Zdržel se hlasování: | 2 |

Návrh nebyl přijat.

Hlasování o předložených návrzích

Návrh SZP ČR (příloha č. 2 tohoto protokolu)

| Poskytovatelé | Počet hlasů | Zdravotní pojišťovny | Počet hlasů |
|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| PRO: | 0 | PRO: | 7 |
| PROTI: | 5 | PROTI: | 0 |
| Zdržel se hlasování: | 0 | Zdržel se hlasování: | 0 |

Návrh nebyl přijat.

Hlasování o předložených návrzích

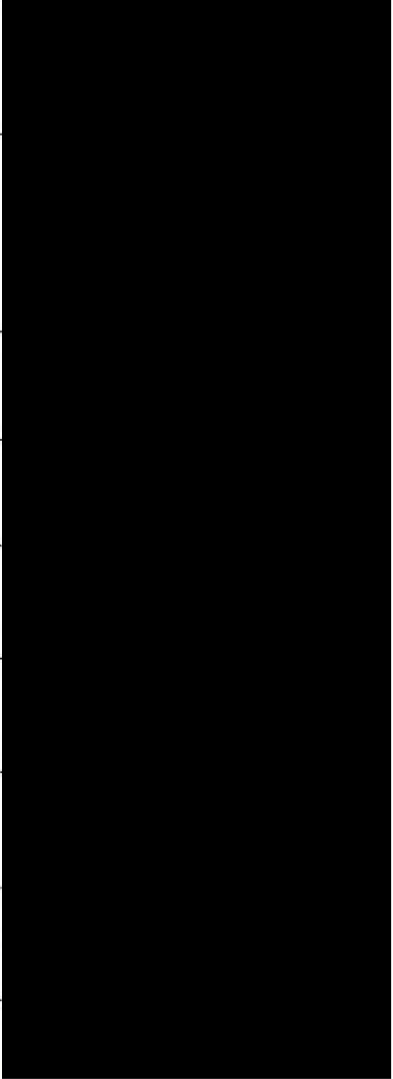
Společný návrh poskytovatelů SPL ČR, SPLDD ČR, APZZ, AN ČR a ČLK, o.s.
(příloha č. 3 tohoto protokolu)

| Poskytovatelé | Počet hlasů | Zdravotní pojišťovny | Počet hlasů |
|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| PRO: | 5 | PRO: | 0 |
| PROTI: | 0 | PROTI: | 7 |
| Zdržel se hlasování: | 0 | Zdržel se hlasování: | 0 |

Návrh nebyl přijat.

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

| Jméno koordinátora | Organizace | Podpis |
|-------------------------------|------------|---|
| MUDr. Michal Bábíček | SPL ČR |  |
| Za zdravotní pojišťovny: | | |
| Jméno | Pojišťovna | |
| Ing. Jiří Mrázek | VZP ČR | |
| RNDr. Zdenka Kopecká | OZP | |
| MUDr. Petr Šmach | ZPŠ | |
| MUDr. Renata Knorová | ČPZP | |
| Ing. Petr Hrabák | VoZP | |
| MUDr. Zdeňka Saleman Kučerová | ZPMV ČR | |
| Ing. Dalibor Křen | RBP213 | |

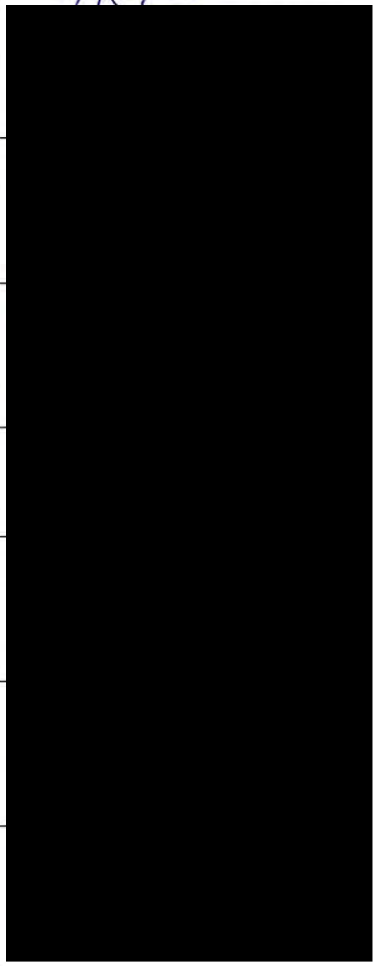
Prezenční listina


Jednání Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2024

Skupina poskytovatelů praktičtí lékaři a PLDD

Přípravná fáze dohodovacího řízení - jednání dne: 31. 5. 2023

Místo konání: Ústředí VZP ČR, Orlická, Praha

| Zdravotní pojišťovny | Jméno | Podpis |
|--|--------------------------------|--|
| VZP ČR - Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR | JANUŠ DRÍHALOVÁ MRAZEBEK |  |
| ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna | KNOROVÁ LINKEDOVÁ | |
| OZP - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví | KOPECKÁ | |
| RBP, zdravotní pojišťovna | KŘEN | |
| VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna ČR | HANŠEK | |
| ZPŠ - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda | ŠMACH | |
| ZPMV ČR - Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR | SALEMAN KučEROVÁ | |

| Poskytovatelé zdravotních služeb | Jméno | Podpis |
|---|------------------|---|
| APRIMED zájmové sdružení nestátních zdravotnických zařízení | |  |
| Asociace nemocnic ČR | IVANA KOVDELKOVÁ | |
| Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení | KAMENÍK | |
| Česká lékařská komora - o.s. | LINDOVSKÝ | |
| Sdružení praktických lékařů České republiky, z.s. | RAJČICH, ŠOKRY | |
| Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky, z.s. | HŮLLEOVÁ | |
| Svaz multioborové nelůžkové péče z.s. | S | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3

Návrh VZP ČR na úhradu hrazených služeb ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v roce 2024

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2024.

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 12 a indexů podle bodu 12. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

- a) **65 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) **59 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, 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) **53 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) **58 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a).

2. Základní kapitační sazba:

- a) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** v případě, že bude zdravotní pojišťovně nejpozději do **31. ledna 2024** 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 2024; 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. 2024 a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

podle bodu 1 písm. a) 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. 2024 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 se navýší o **1,00 Kč** poskytovateli, který předložil před rokem 2024 nebo předloží v průběhu roku 2024 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 roku 2024.

3. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, který do **15. března 2025** předloží zdravotní pojišťovně potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím všeobecných praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, v hodnoceném období účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o **K x 40 000 Kč**, přičemž tato částka bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

kde:

K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba:

| Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji | | | | | | | |
|--|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|
| kraj / ZP | VZP | VoZP | ČZP | OZP | ZPŠ | ZPMV | RBP |
| Hlavní město Praha | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Jihočeský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Jihomoravský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Karlovarský | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Kraj Vysočina | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Královehradecký | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,0 |
| Liberecký | 0,7 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Moravskoslezský | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,3 |
| Olomoucký | 0,4 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Pardubický | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Plzeňský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Středočeský | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Ústecký | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Zlínský | 0,6 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |

4. 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 |

5. 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 |

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

- a) pro výkony č. **01021, 01022, 02021, 02022, 02031 a 02032** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,38 Kč**,

- b) pro výkony č. **01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118 a 15119** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,29 Kč**,
- c) 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 **1,25 Kč**.
7. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o **0,04 Kč** v případě, že bude příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2024 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 celý rok 2024. 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.
8. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 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.
9. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši **1,48 Kč**.
10. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,17 Kč**.
11. 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 se stanoví úhrada ve výši **76 Kč**.
12. 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 | Index |
|----------------|-------|
| 0 – 4 roky | 4,10 |
| 5 – 9 let | 1,90 |
| 10 – 14 let | 1,45 |
| 15 – 19 let | 1,00 |
| 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 | 1,35 |
| 55 – 59 let | 1,45 |
| 60 – 64 let | 1,50 |

| | |
|---------------|------|
| 65 – 69 let | 1,70 |
| 70 – 74 let | 2,00 |
| 75 – 79 let | 2,40 |
| 80 – 84 let | 2,90 |
| 85 a více let | 3,40 |

13. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši **1,70 Kč**.

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:

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

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 6 až 11 a 13 části A použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,02 Kč**; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,17 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, vztahená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převyšuje 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 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 20 % 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 a screeningu včasného záchytu karcinomu plic 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 poskytovatel odůvodní hrazené služby, 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 předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 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 na rok 2024 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 rok 2024 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 rok 2024 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.

Příloha č. 2 k protokolu z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2024 ve skupině poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost

Návrh Svazu zdravotních pojišťoven ČR

DŘ na rok 2024

úhrada zdravotních služeb poskytovaných skupinou praktických lékařů a
praktických lékařů pro děti a dorost

Preambule cenového návrhu SZP ČR

Návrhy SZP ČR pro dohodovací řízení k cenám bodu a výši úhrad pro rok 2024 vychází z předpokladu, že nedojde k mimořádným výdajům z důvodu využití tzv. kompenzačního zákona č. 104/2023 Sb. a vydání tzv. kompenzační vyhlášky pro rok 2022 a že nedojde k žádné novelizaci současného valorizačního mechanismu platby za státní pojištěnce pro rok 2024 nebo zvýšení výdajů v důsledku změny DPH.

Pokud by výše uvedené předpoklady nastaly je nutné cenové návrhy adekvátně ponížít.

Výše navrhovaného meziročního navýšení byla konstruována s přihlédnutím k:

- Definované predikci nárůstu příjmů cestou Analytické komise ve výši 6,97 %
- Reálně disponibilního nárůstu zdrojů zdravotních pojišťoven, pro rok 2024 o 4,1 %
Toto navýšení vychází z analytickou komisí předpokládaného navýšení příjmů zdravotních pojišťoven ve výši 32 mld. Kč. Plánovaný deficit hospodaření ZFZP pro rok 2023 je ve výši 16,5 mld. Kč. Celkové disponibilní zdroje pro zvýšení výdajů jsou pro rok 2024 ve výši 477 mld. Kč,
Odečtení nutných mandatorních výdajů, které budou mít vliv na čerpání zdrojů v roce 2024 ve výši 1,9 %.

| Předpokládané mandatorní výdaje 2024 | Částka v mil. Kč za systém v.z.p. |
|---|-----------------------------------|
| Centrová péče + léky na §16 | 5 000 |
| Nové kapacity(nových a aktualizovaných výkonů) a přístroje, nové technologie vč. úprav SZV platných od 1.1.2024 | 1 200 |
| Náklady na recepty a PZT (nárůst 4 %) | 3 100 |
| Mandatorní výdaje CELKEM | 9 300 |

- Ve výpočtu cenového navýšení pro konkrétní segment bylo přihlíženo i k průběžnému růstu produkce v daném segmentu (data AK) a změně úhrady u existujících výkonů. Obecně je tak v segmentech kalkulováno meziroční navýšení cca 2,2 % a celková úroveň růstu nákladů proti roku 2023 o 4,1 %. Současně je u LP zohledněn dopad zvýšené sazby DPH cca 1,5 mld. Kč celkem.

Předkládaný návrh je snahou ZP sdružených v SZP využít veškeré dostupné růsty zdrojů, ale zastavit již pro rok 2024 další deficitní financování nákladů a stabilizovat tak finanční bilanci systému. Pro korektní hodnocení disponibilních zůstatků fondů je třeba vzít i v úvahu skutečnost, že z 25,5 mld. Kč na ZFZP k 31.12.2022 tvoří 22,8 mld. Kč auditovaná výše závazků za rok 2022 která bude uhrazena v průběhu roku 2023. Eliminovat deficit pro rok 2024 je tak i z tohoto pohledu zcela nezbytné.

Současně upozorňujeme na to, že i takto vypočtené procento navýšení nepokrývá dostatečně reálný odhadovaný meziroční nárůst produkce (počty výkonů, nárůst UOP), který nebude plně eliminován reálnými regulacemi. Při nízké účinnosti regulací by bylo nutné dále snížit hodnoty bodu případně jiné koeficienty v úhradách.

SZP ČR deklaruje, že v případě příznivého vývoje české ekonomiky a nárůstu celkového objemu disponibilních zdrojů části plátců sdružených v SZP ČR jsou členské ZP připravené dále rovnoměrně alokovat disponibilní zdroje k zajištění péče o naše klienty až na úroveň vyrovnaného hospodaření za rok 2024.

Pro další kultivaci kvality plánování a správy finančních prostředků bychom považovali za potřebné zkrátit termíny pro dodatečné vykazování opravných dávek nejpozději do 31.3. následujícího roku, tak aby došlo ke sjednocení lhůt pro ambulantní lůžkovou péči a výrazně se omezil prostor pro nepřesnosti v kalkulaci dohadných položek jak na straně PZS tak na straně ZP.

K eliminaci inflačních dopadů na systém veřejného zdravotního pojištění by rovněž přispěla změna úročení povinných vkladů ZP u ČNB. Při současné výši 58,8 mld. Kč na fondech ZP, které nejsou vůbec úročeny ani základní úrokovou sazbou 7% ČNB, činí ztráta úroků jen na ZFZP cca 1,75 mld. Kč. Při alternativním úročení u komerčních bank by výnos dosáhl cca 1,5 mld. Kč.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2022. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2024.

Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2022, poskytovatelem vykázané do 31. března 2023 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2023.

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

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 6

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 a 2 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 12 a indexů podle bodu 12. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

a) **65 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 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinální 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 oboru všeobecné praktické lékařství, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinální hodiny nejméně do 18 hodin,

c) **53 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) **58 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a).

2. Základní kapitační sazba:

a) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2024 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 celý rok 2024; 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 2024 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) 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. 12. 2024 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 rokem 2024 nebo předloží v průběhu roku 2024 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, praktické lékařství, pediatrie, 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 vzdělávacího programu, nejpozději však do konce roku 2024.

3. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, který do 15. března 2025 předloží zdravotní pojišťovně potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím všeobecných praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, v hodnoceném období účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona o zdravotních službách se zvýší roční úhrada o K x **45 000 Kč**, přičemž tato částka bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,

kde:

K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba:

| Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji | | | | | | | |
|---|------------|-------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|
| kraj / ZP | VZP | VoZP | ČPZP | OZP | ZPŠ | ZPMV | RBP |
| Hlavní město Praha | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Jihočeský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Jihomoravský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Karlovarský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Kraj Vysočina | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Královéhradecký | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Liberecký | 0,7 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Moravskoslezský | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,3 |
| Olomoucký | 0,4 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Pardubický | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |

| | | | | | | | |
|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Plzeňský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Středočeský | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Ústecký | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Zlínský | 0,6 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |

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 |

5. 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 |
| 02024 | 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 |

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

a) pro výkony č. 01021, 01022, 02021, 02022, 02031 a 02032 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,19 Kč**,

b) pro výkony č. 01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 0213 0, 02160, 02161, 15118 a 15119 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,17 Kč**;

c) 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 **1,15 Kč**.

7. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o **0,04 Kč** v případě, že poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2024 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 celý rok 2024.

8. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 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.

9. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši **1,29 Kč**.

10. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,11 Kč**.

11. 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 se stanoví úhrada ve výši **76 Kč**.

12. 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 | Index |
|----------------|-------|
| 0 - 4 roky | 4,10 |
| 5 - 9 let | 1,90 |
| 10 - 14 let | 1,45 |
| 15 - 19 let | 1,00 |
| 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 | 1,35 |
| 55 - 59 let | 1,45 |
| 60 - 64 let | 1,50 |
| 65 - 69 let | 1,70 |
| 70 - 74 let | 2,00 |
| 75 - 79 let | 2,40 |
| 80 - 84 let | 2,90 |
| 85 a více let | 3,40 |

13. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli **1,70 Kč** za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Kapitační platbu s dorovnáním kapitace tvoří kapitační platba ve výši stanovené podle bodu 1 a 2 části A a dorovnání kapitace podle bodu 2 a 3.

2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost registruje v hodnoceném období, s ohledem na geografické podmínky, menší počet registrovaných přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven, než je 70 % celostátního průměrného

počtu těchto pojištěnců, a poskytování hrazených služeb tímto poskytovatelem je nezbytné ke splnění povinností zdravotních pojišťoven podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců pro daný kalendářní rok se stanoví podle údajů centrálního registru pojištěnců.

3. Výše dorovnání kapitace pro poskytovatele podle bodu 2 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 vztažený na úvazek lékaře 1,00.

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

DK je dorovnávací koeficient, který se stanoví následovně:

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

4. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 6 až 11 a 13 části A použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,07 Kč**; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,11 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, 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. 0223 0, 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 20 % 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 a screeningu včasného záchytu karcinomu plic podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů.

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 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 předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 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 na rok 2024 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 rok 2024 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 rok 2024 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.

Společný návrh SPL ČR, SPLDD ČR, APZZ, ANČR a ČLK – o.s. na úhradu hrazených služeb ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v roce 2024

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní 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 12 a indexů podle bodu 12. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

- a) **72** 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) **65** Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, 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) **58** 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) **65** Kč pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a).

2. Základní kapitační platba:

- a) podle bodu 1 se navýší o 1,00 Kč v případě, že bude zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2024 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 lékařů, 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 2024,
- 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,

podle bodu 1 písm. a) 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. 2024 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 se navýší o 1 Kč poskytovateli, který předložil před rokem 2024 nebo předloží v průběhu roku 2024 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 nebo praktické lékařství pro děti a dorost. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce následujícího po předložení rozhodnutí do konce platnosti akreditace, nejdéle však do konce roku 2024.
3. ~~Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který do 31. března 2024 předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002 podle seznamu výkonů, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle zákona o zdravotních službách, se zvýší roční úhrada o $K \times 40\,000$ Kč,~~

kde:

~~K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba:~~

| Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji | | | | | | | |
|---|------------|-------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|
| kraj / ZP | VZP | VoZP | ČPZP | OZP | ZPŠ | ZPMV | RBP |
| Hlavní město Praha | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Jihočeský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Jihomoravský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Karlovarský | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Kraj Vysočina | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Královéhradecký | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,0 |
| Liberecký | 0,7 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Moravskoslezský | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,3 |
| Olomoucký | 0,4 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Pardubický | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Plzeňský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Středočeský | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Ústecký | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Zlínský | 0,6 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |

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 |

5. 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 |

6. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
 - a) pro výkony č. 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02100, 02125, 02130 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,55 Kč,
 - b) pro výkony č. 02037, 02039, 01201, 01204, 01186, 01188, 02160, 02161, 09532, 15118 a 15119 podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,43 Kč,
 - c) 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 1,39 Kč.
7. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 se navýší o 0,04 Kč v případě, že bude příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2024 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 celý rok 2024.
8. Hodnota bodu uvedená v bodě 6 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.
9. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,65 Kč.
10. Pro výkony přepravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,22 Kč.
11. 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 se stanoví úhrada ve výši 84 Kč. Tato úhrada se stanoví i pro epizodu péče distanční komunikace s pacientem.

12. 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 | Index |
|----------------|-------|
| 0 – 4 roky | 4,10 |
| 5 – 9 let | 1,90 |
| 10 – 14 let | 1,45 |
| 15 – 19 let | 1,00 |
| 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 | 1,35 |
| 55 – 59 let | 1,45 |
| 60 – 64 let | 1,50 |
| 65 – 69 let | 1,70 |
| 70 – 74 let | 2,00 |
| 75 – 79 let | 2,40 |
| 80 – 84 let | 2,90 |
| 85 a více let | 3,40 |

13. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

14. Navýšení úhrad za nové kapacity, za rozšíření kapacit ordinační doby v ordinacích PLDD a VPL – další kapacity lékařů L3

- Lékaři L3, navýšení kapacit - volné kapacity – fixní měsíční platba za navýšenou kapacitu ordinační doby, úvazku lékaře L3, ve výši $K \times 10\,000$ Kč za každou desetinu navýšeného úvazku / měsíc
- Podmínky
 - minimální navýšení kapacity ordinační doby (L3) o úvazek 0,2 (5 hod)
 - maximálně na 3 lékaře L3
 - maximálně u dvou poskytovatelů (IČ) v odbornosti 001, 002
 - zapsáno do přílohy č. 2
 - doložen písemný doklad o pracovně - právním vztahu
 - registrace nových pojištěnců do péče
 - registruje až do kapacity 2000 jednic na úvazek 1,0

kde:

K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji

| Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji | | | | | | | |
|--|-----|------|------|-----|-----|------|-----|
| kraj / ZP | VZP | VoZP | ČPZP | OZP | ZPŠ | ZPMV | RBP |
| Hlavní město Praha | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Jihočeský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Jihomoravský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |

| | | | | | | | |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Karlovarský | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Kraj Vysočina | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Královehradecký | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,0 |
| Liberecký | 0,7 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Moravskoslezský | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,3 |
| Olomoucký | 0,4 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Pardubický | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Plzeňský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Středočeský | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Ústecký | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Zlínský | 0,6 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |

15. Navýšení úhrad za nové kapacity, zachování kontinuity a stability sítě, podporu školících praxí v ordinacích PLDD a VPL – další kapacity lékařů L2 a L1

- Lékaři L2, L1 - rozšíření kapacit poskytovaných zdravotních služeb – fixní měsíční platba za kapacitu ordinační doby, úvazku lékaře L2, L1 ve výši $K \times 50\,000$ Kč / měsíc
- Podmínky
 - minimální úvazek ve výši 1,0
 - maximálně 4 roky od vstupu do oboru
 - maximálně na 2 lékaře L2
 - zaměstnaní pouze u 1 poskytovatele (IČ) v odbornosti 001, 002
 - zapsáno do přílohy č. 2
 - doložen písemný doklad o pracovně - právním vztahu
 - doložen doklad o vzdělávání z IPVZ
 - PZS registrace nových pojištěnců do péče

kde:

K je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji

| Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji | | | | | | | |
|--|-----|------|------|-----|-----|------|-----|
| kraj / ZP | VZP | VoZP | ČPZP | OZP | ZPŠ | ZPMV | RBP |
| Hlavní město Praha | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Jihočeský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Jihomoravský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Karlovarský | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Kraj Vysočina | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Královehradecký | 0,6 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,0 |
| Liberecký | 0,7 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Moravskoslezský | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,3 |
| Olomoucký | 0,4 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Pardubický | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Plzeňský | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Středočeský | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Ústecký | 0,7 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Zlínský | 0,6 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |

16. Navýšení úhrady za péči u pacientů se specifickými potřebami a zvýšenou časovou náročností poskytované zdravotní péče v ordinacích PLDD a VPL

- Výkon – ošetření pacienta se specifickými potřebami v ordinaci PLDD, VPL, vykazován u pacientů se specifickými potřebami a zvýšenou časovou náročností péče
- Podmínky
 - Výkon vykazován společně s výkonem epizoda péče
 - Výkon ve výši 3-násobku hodnoty epizody péče
 - Vykazován u pacientů se specifickými potřebami
 - Poruchy autistického spektra
 - Poruchy příjmy potravy
 - Psychiatrické diagnózy
 - Závislosti
 - Pacienti 6 měsíců po sdělení závažné diagnózy (onkologie, hematoonkologie, vzácná onemocnění)
 - Osoby bez trvalého pobytu (bydliště městský úřad)

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Kapitační platbu s dorovnáním kapitace tvoří kapitační platba ve výši stanovené podle bodu 1 a 2 části A a dorovnání kapitace podle bodu 2 a 3.
2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost registruje v hodnoceném období, s ohledem na geografické podmínky, menší počet registrovaných přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven, než je 70 % celostátního průměrného počtu těchto pojištěnců, a poskytování hrazených služeb tímto poskytovatelem je nezbytné ke splnění povinností zdravotních pojišťoven podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců pro daný kalendářní rok se stanoví podle údajů centrálního registru pojištěnců.
3. Výše dorovnání kapitace pro poskytovatele podle bodu 2 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.

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

kde:

PJP je počet přepočtených registrovaných pojištěnců daného poskytovatele.

CPPJP je celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců vztažený 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:

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

4. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 6 až 11 a 13 části A použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,20** Kč; pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,22** 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, 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 **20 %** 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 přihledne 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 **20 %** z překročení.

1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky 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 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše **20 %** z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v roce 2024 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 a screeningu karcinomu plic 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 **20 %** z překročení.

2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní hrazené služby, 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 předepsané v roce 2024 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 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 roce 2024 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 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 roce 2024 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 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 roce 2024 nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb na rok 2024 podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v roce 2024 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 **10 %** úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2024.