

Společný návrh SPL ČR, SPLDD ČR, ČLK – o.s., ANČR, APZZ na úhradu hrazených služeb ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v roce 2025

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025.

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) **78 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) **70 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin; pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,
- c) **63 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) **67 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),

2. Základní kapitační sazba:

- a) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** v případě, že bude zdravotní pojišťovně nejpozději do **31. ledna hodnoceného období** doloženo, že nejméně **50 % lékařů**, kteří u poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních

lékařů a farmaceutů podle zákona o zdravotnických povoláních 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; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

- b) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o **2,00 Kč** v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u **30 %** svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek ku počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. 12. hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,
- c) podle bodu 1 písm. a), b) a d) se navýší o **2,00 Kč** v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů alespoň u **40 %** svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek ku počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let je 31. 12. hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,
- d) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** poskytovateli, který předložil před hodnoceným obdobím nebo předloží v průběhu hodnoceného období zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, pediatrie, případně v oboru dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a zároveň doloží, že školí lékaře (školence) v rámci vzdělávacího programu. Navýšení kapitační platby se provede od prvního dne měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do specializace, nejdéle však do konce roku 2024.
3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

Výkon dle seznamu výkonů	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET

09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRICOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

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

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

4. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- pro výkony č. **01021, 01022** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovně uznané, hrazené dle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,35 Kč** a pro výkony **02021, 02022, 02031 a 02032** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,25 Kč**,
 - pro výkony č. **01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119 a 01130** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,28 Kč**,
 - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,23 Kč**.
5. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,04 Kč** v případě, že bude příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka podle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
6. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,06 Kč** pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a zároveň má objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny objednávat se na pevně stanovenou dobu alespoň dva dny v týdnu.
7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši **1,45 Kč**.
8. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,20 Kč**.
9. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost podle

seznamu výkonů v ordinaci Poskytovatele v odbornosti 001 či 002 se stanovuje úhrada následujícím způsobem:

- a) u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **224 Kč**,
- b) u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **168 Kč**,
- c) u pojištěnce ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **112 Kč**,
- d) u pojištěnce od dovršení věku 18 let vykázanou výkonem č. 01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví úhrada ve výši **90 Kč**.

10. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let, jsou stanoveny takto:

Věková skupina	Index
0-4 roky	4,31
5-9 let	2,00
10-14 let	1,52
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	1,79
70-74 let	2,10
75-79 let	2,52
80-84 let	3,05
85-89 let	3,55
89-94 let	3,95
95 a více let	4,35

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 4 až 10 části A použijí obdobně.

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,05 Kč**; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,20 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 vztahená na jednoho přepočteného

pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

- 1.2. Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převyší 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, převyší 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, screeningu včasného záchytu karcinomu plic a výkony screeningu karcinomu prostaty 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, převyší 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 nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
 4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
 5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
 6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřevyší

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

7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající **15 %** úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období.

E) Podpora dostupnosti prostřednictvím tzv. týmových praxí

1. V případě, že poskytovatel zajistí svoji celkovou úvazkovou kapacitu a splní další níže uvedené podmínky může požádat příslušnou zdravotní pojišťovnu o bonifikaci v rámci týmové praxe. Týmovou praxí se rozumí samostatně organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (pozn. smluvně IČP) jednoho poskytovatele (pozn. smluvně IČZ) odbornosti všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost. O bonifikaci může požádat poskytovatel, který splňuje následující podmínky:
 - a) poskytovatel má s příslušnou zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu v odbornosti všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost;
 - b) poskytovatel je hrazen formou kombinované kapitačně výkonové platby;
 - c) poskytování hrazených služeb u poskytovatele zajišťuje lékař se specializovanou způsobilostí (tj. index nositele výkonu „L3“, dále také „lékař L3“) minimálně v úvazku 1,0, tj. 30 hodin týdně (na daném pracovišti), přičemž tato úvazková kapacita je aktuálně smluvně sjednána ve smlouvě mezi poskytovatelem a příslušnou zdravotní pojišťovnou;
 - d) poskytovatel na daném pracovišti aktuálně poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordináčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně;
 - e) poskytovatel vede funkční elektronický objednávkový systém a umožňuje pojištěncům objednat se do ordinace na pevně stanovenou dobu, přičemž tuto skutečnost poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně čestným prohlášením nebo např. elektronickým odkazem na webové stránky, či mobilní aplikaci;
 - f) poskytovatel aktuálně na daném pracovišti registruje alespoň 1 800 přepočtených pojištěnců smluvních zdravotních pojišťoven;
 - g) poskytovatel je akreditovaným pracovištěm pro vzdělávání nových školenců a rezidentů v oboru všeobecné praktické lékařství nebo pediatrie, tj. je držitelem Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecného praktického lékařství nebo pediatrie dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, a to jak v základním kmeni, tak zároveň uskutečňování specializačního vzdělávání.
2. Poskytovateli, který splňuje všechny podmínky uvedené v odst. 1 a zajistí kapacitu daného pracoviště vyšší než úvazek lékaře L3 ve výši 1,0 v rozsahu celkové úvazkové kapacity alespoň o 0,2 úvazku lékaře (tj. o 6 hodin týdně) se specializovanou způsobilostí (tj. index nositele výkonu „L3“) nebo lékaře s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez

odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene (tj. index nositele výkonu „L2“, dále také „lékař L2“), se úhrada navýší o částku 10 000 Kč krát KPP_{okres} za každé zajištění 0,1 úvazku lékařů nad úvazek 1,0 a za každý měsíc zajištění celkové kapacity úvazku lékařů sjednané ve smlouvě mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, a to za podmínek uvedených níže v písm. a) až h):

- a) Minimální celková úvazková kapacita lékařů L3 je rovna 1,0 úvazku, přičemž lékař L3 je fyzicky přítomen na daném pracovišti po celou ordinační dobu pracoviště;
- b) maximální celková úvazková kapacita lékařů L3 a L2 na daném pracovišti je rovna 3,0 úvazku, přičemž maximální úvazková kapacita lékařů L2 může tvořit v součtu 1,0 úvazku;
- c) poskytovatel v hodnoceném období na daném pracovišti nově přijme a zaregistruje do péče minimálně 200 nových přepočtených pojištěnců na 1,0 úvazek lékaře, celkové úvazkové kapacity pracoviště, nad úvazek lékaře ve výši 1,0, přičemž za splnění této podmínky je považováno dosažení pozitivního salda počtu registrovaných pojištěnců smluvních zdravotních pojišťoven mezi stavem k 31. 12. hodnoceného období a 1. 1. hodnoceného období; v případě, že dojde v rámci jednoho poskytovatele k vytvoření týmové praxe sloučením více pracovišť do jednoho pracoviště, pak se pojištěnci registrovaní na těchto pracovištích automaticky považují za registrované na tomto pracovišti;
- d) poskytovatel je povinen průběžně přijímat a registrovat nové pojištěnce do péče především na základě žádosti zdravotní pojišťovny, a to nejméně do naplnění kapacity 1 800 přepočtených pojištěnců na daném pracovišti na jeden úvazek lékaře;
- e) poskytovatel komunikuje se zdravotní pojišťovnou elektronicky a zavazuje se, že bude bez odkladu aktualizovat případné změny rozsahu ordinačních hodin nebo počtu úvazků lékařů;
- f) poskytovatel je akreditovaným pracovištěm pro vzdělávání školenců a školí nebo je připraven zajišťovat vzdělávání školenců
- g) poskytovatel je na daném pracovišti nad rámec požadavků stanovených vyhláškou povinně vybaven:
 - a) v případě týmové praxe v odbornosti praktického lékaře pro děti a dorost:
 - přístrojem pro vyšetření CRP v režimu POCT, tj. výkon 02230 dle seznamu výkonů
 - přístrojem pro vyšetření glykemie v režimu POCT, tj. výkon 01445 dle seznamu výkonů
 - přístroj pro vyšetření streptestu v režimu POCT, tj. výkon 02220 dle seznamu výkonů
 - Plusoptix (případně obdobný přístroj zajišťující Screening kritických očních vad u nejmenších dětí, tj. výkon 02036 dle seznamu výkonů
 - oxymetrem, tj. výkon 09125 dle seznamu výkonů
 - otoskopem, tj. výkon 02250 dle seznamu výkonů
 - b) v případě týmové praxe v odbornosti všeobecného praktického lékařství
 - přístrojem pro vyšetření CRP v režimu POCT, tj. výkon 02230 dle seznamu výkonů

- přístrojem pro vyšetření glykemie v režimu POCT, tj. výkon 01445 dle seznamu výkonů
 - přístrojem pro vyšetření INR v režimu POCT, tj. výkon 01443 dle seznamu výkonů
 - přístrojem pro vyšetření iTOKS v režimu POCT, tj. výkon 15119 dle seznamu výkonů
 - 12svodovým EKG, tj. výkon 09127 dle seznamu výkonů
 - otoskopem, tj. výkon 02250 dle seznamu výkonů
 - tlakovým holterem, tj. výkon 17129 dle seznamu výkonů
- h) poskytovatel zajišťuje komplexní péči svým registrovaným pojištěncům a vykazuje především výkony odpovídající těmto hrazeným službám:
- i. poskytovatel zajišťuje preventivní prohlídky a poskytování pravidelné zdravotní péče všem registrovaným pojištěncům a snížení čekacích lhůt na poskytnutí zdravotních služeb;
 - ii. poskytovatel se aktivně účastní všech populačních screeningových programů včetně novorozeneckého a dětského screeningu;
 - iii. poskytovatel zajišťuje včasný záchyt, dispenzarizaci a léčbu pacientů s diabetes mellitus a dalšími chronickými onemocněními;
 - iv. poskytovatel provádí pravidelná očkování pacientů včetně očkování rizikových skupin i nepovinných očkování.
3. Navýšení úhrady dle odst. 2 bude poskytovateli hrazeno průběžně od 1. dne měsíce, ve kterém byly splněny všechny podmínky uvedené v odst. 1 a došlo ke smluvnímu zajištění úvazkové kapacity dle podmínek uvedených v odst. 2. Navýšení úhrady se považuje za předběžnou měsíční úhradu, která bude zúčtována nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období, a to na základě vyhodnocení podmínek uvedených v odst. 2.

F) Podpora dostupnosti prostřednictvím poskytovatelů spolupracujících v rámci žurnální služby

1. V rámci zajištění péče o pacienty s akutními potížemi a s cílem snížit počet pojištěnců čerpajících péči v rámci lékařské pohotovostní služby a urgentních příjmů se může poskytovatel zapojit do zajištění tzv. žurnální služby, tj. jeden nebo více spolupracujících poskytovatelů (IČZ) v jednom regionu (standardně ORP) na zajištění širšího rozsahu ordinačních hodin. Podmínkou je zajištění odpovídající dostupnosti péče pro registrované pojištěnce zapojených poskytovatelů, tj. dojezdová vzdálenost mezi ordinacemi maximálně do 15 minut.
2. Poskytovateli bude navýšena základní kapitační sazba o 9 Kč v případě, že doloží, že zajišťuje sám nebo ve spolupráci s jiným poskytovatelem všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost poskytování hrazených služeb v rozsahu alespoň od 8 do 18 hodin každý pracovní den v týdnu, přičemž v tomto čase je připraven poskytovat akutní péči především všem pojištěncům registrovaných u něj a u ostatních spolupracujících poskytovatelů.
3. Další podmínky navýšení úhrady dle odst. 2:
 - a) Poskytovatelé zapojení do žurnální služby doloží zdravotní pojišťovně plán zajištění žurnální služby alespoň na jeden měsíc předem.

- b) Zároveň poskytovatelé rozpis zajištění žurnální služby zveřejní svým registrovaným pojištěncům.
 - c) Při ošetření pojištěnce v rámci žurnální služby je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon „Ošetření pojištěnce v rámci žurnální služby“ (pozn. číslo výkonu bude oznámeno), pro který se stanovuje úhrada ve výši 50 Kč. Tento signální výkon bude přičítacím výkonem k výkonu epizody péče klinického vyšetření 09555, 09556, 09557, 01543.
 - d) Poskytovatel zajistí minimálně 30 služeb v hodnoceném období.
4. Úhrada dle odst. 2 bude poskytovateli hrazena průběžně od 1. dne měsíce, ve kterém doloží, že zajišťuje žurnální službu.

Společný návrh VZP ČR a SZP ČR na úhradu hrazených služeb ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v roce 2025

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025.

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) **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 a pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin; pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,
- c) **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) **62 Kč** pro pracoviště poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),

2. Základní kapitační sazba:

- a) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** v případě, že bude zdravotní pojišťovně nejpozději do **31. ledna hodnoceného období** doloženo, že nejméně **50 % lékařů**, kteří u poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů podle zákona o zdravotnických povoláních 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; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

- b) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o **2,00 Kč** v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u **30 %** svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek ku počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. 12. hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,
- c) podle bodu 1 písm. a), b) a d) se navýší o **2,00 Kč** v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů alespoň u **40 %** svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek ku počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let je 31. 12. hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby dle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období,
- d) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** poskytovateli, který předložil před hodnoceným obdobím nebo předloží v průběhu hodnoceného období zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, pediatrie, případně v oboru dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost a zároveň doloží, že školí lékaře (školenice) 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 školenice do specializace, nejdéle však do konce roku 2024.
3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

Výkon dle seznamu výkonů	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET

09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRICOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

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

Výkon dle seznamu výkonů	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM

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

4. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- pro výkony č. **01021, 01022** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovně uznané, hrazené dle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,21 Kč** a pro výkony **02021, 02022, 02031 a 02032** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,17 Kč**,
 - pro výkony č. **01201, 01204, 01186, 01188, 02037, 02039, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119 a 01130** podle seznamu výkonů poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,20 Kč**,
 - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,16 Kč**.
5. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,04 Kč** v případě, že bude příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka podle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
6. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,06 Kč** pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a zároveň má objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny objednávat se na pevně stanovenou dobu alespoň dva dny v týdnu.
7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši **1,31 Kč**.
8. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,21 Kč**.
9. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost podle seznamu výkonů v ordinaci Poskytovatele v odbornosti 001 či 002 se stanovuje úhrada následujícím způsobem:

- a) u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **208 Kč**,
- b) u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **156 Kč**,
- c) u pojištěnce ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2024 ve výši **104 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 **83 Kč**.

10. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let, jsou stanoveny takto:

Věková skupina	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

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 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:

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

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

C) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **0,98 Kč**; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,21 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 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 vykázan výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, screeningu včasného záchytu karcinomu plic a výkony screeningu karcinomu prostaty 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 v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající **15 %** úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období.

E) Podpora dostupnosti prostřednictvím tzv. týmových praxí

1. V případě, že poskytovatel zajistí svoji celkovou úvazkovou kapacitu a splní další níže uvedené podmínky může požádat příslušnou zdravotní pojišťovnu o bonifikaci v rámci týmové praxe. Týmovou praxí se rozumí samostatně organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (pozn. smluvně IČP) jednoho poskytovatele (pozn. smluvně IČZ) odbornosti

všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost. O bonifikaci může požádat poskytovatel, který splňuje následující podmínky:

- a) poskytovatel má s příslušnou zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu v odbornosti všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost;
 - b) poskytovatel je hrazen formou kombinované kapitačně výkonové platby;
 - c) poskytování hrazených služeb u poskytovatele zajišťuje lékař se specializovanou způsobilostí (tj. index nositele výkonu „L3“, dále také „lékař L3“) minimálně v úvazku 1,0, tj. 30 hodin týdně (na daném pracovišti), přičemž tato úvazková kapacita je aktuálně smluvně sjednána ve smlouvě mezi poskytovatelem a příslušnou zdravotní pojišťovnou;
 - d) poskytovatel na daném pracovišti aktuálně poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně;
 - e) poskytovatel vede funkční elektronický objednávkový systém a umožňuje pojištěncům objednat se do ordinace na pevně stanovenou dobu, přičemž tuto skutečnost poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně čestným prohlášením nebo např. elektronickým odkazem na webové stránky, či mobilní aplikaci;
 - f) poskytovatel aktuálně na daném pracovišti registruje alespoň 1 800 přepočtených pojištěnců smluvních zdravotních pojišťoven;
 - g) poskytovatel je akreditovaným pracovištěm pro vzdělávání nových školenců a rezidentů v oboru všeobecné praktické lékařství nebo pediatrie, tj. je držitelem Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecného praktického lékařství nebo pediatrie dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, a to jak v základním kmeni, tak zároveň uskutečňování specializačního vzdělávání.
2. Poskytovateli, který splňuje všechny podmínky uvedené v odst. 1 a zajistí kapacitu daného pracoviště vyšší než úvazek lékaře L3 ve výši 1,0 v rozsahu celkové úvazkové kapacity alespoň o 0,2 úvazku lékaře (tj. o 6 hodin týdně) se specializovanou způsobilostí (tj. index nositele výkonu „L3“) nebo lékaře s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene (tj. index nositele výkonu „L2“, dále také „lékař L2“), se úhrada navýší o částku 10 000 Kč krát KPP_{okres} za každé zajištění 0,1 úvazku lékařů nad úvazek 1,0 a za každý měsíc zajištění celkové kapacity úvazku lékařů sjednané ve smlouvě mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, a to za podmínek uvedených níže v písm. a) až h):
- a) Minimální celková úvazková kapacita lékařů L3 je rovna 1,0 úvazku, přičemž lékař L3 je fyzicky přítomen na daném pracovišti po celou ordinační dobu pracoviště;
 - b) maximální celková úvazková kapacita lékařů L3 a L2 na daném pracovišti je rovna 3,0 úvazku, přičemž maximální úvazková kapacita lékařů L2 může tvořit v součtu 1,0 úvazku;
 - c) poskytovatel v hodnoceném období na daném pracovišti nově přijme a zaregistruje do péče minimálně 200 nových přepočtených pojištěnců na 1,0 úvazek lékaře, celkové úvazkové kapacity pracoviště, nad úvazek lékaře ve výši 1,0, přičemž za splnění této podmínky je považováno dosažení pozitivního salda počtu registrovaných pojištěnců smluvních zdravotních pojišťoven mezi stavem k 31. 12. hodnoceného období a 1. 1. hodnoceného období; v případě, že dojde v rámci jednoho poskytovatele k vytvoření

týmové praxe sloučením více pracovišť do jednoho pracoviště, pak se pojištěnci registrovaní na těchto pracovištích automaticky považují za registrované na tomto pracovišti;

- d) poskytovatel je povinen průběžně přijímat a registrovat nové pojištěnce do péče především na základě žádosti zdravotní pojišťovny, a to nejméně do naplnění kapacity 1 800 přepočtených pojištěnců na daném pracovišti na jeden úvazek lékaře;
- e) poskytovatel komunikuje se zdravotní pojišťovnou elektronicky a zavazuje se, že bude bez odkladu aktualizovat případné změny rozsahu ordinačních hodin nebo počtu úvazků lékařů;
- f) poskytovatel je akreditovaným pracovištěm pro vzdělávání školenců a školí nebo je připraven zajišťovat vzdělávání školenců
- g) poskytovatel je na daném pracovišti nad rámec požadavků stanovených vyhláškou povinně vybaven:
 - i. v případě týmové praxe v odbornosti praktického lékaře pro děti a dorost:
 - přístrojem pro vyšetření CRP v režimu POCT, tj. výkon 02230 dle seznamu výkonů
 - přístrojem pro vyšetření glykemie v režimu POCT, tj. výkon 01445 dle seznamu výkonů
 - přístroj pro vyšetření streptestu v režimu POCT, tj. výkon 02220 dle seznamu výkonů
 - Plusoptix (případně obdobný přístroj zajišťující Screening kritických očních vad u nejmenších dětí, tj. výkon 02036 dle seznamu výkonů
 - oxymetrem, tj. výkon 09125 dle seznamu výkonů
 - otoskopem, tj. výkon 02250 dle seznamu výkonů
 - ii. v případě týmové praxe v odbornosti všeobecného praktického lékařství
 - přístrojem pro vyšetření CRP v režimu POCT, tj. výkon 02230 dle seznamu výkonů
 - přístrojem pro vyšetření glykemie v režimu POCT, tj. výkon 01445 dle seznamu výkonů
 - přístrojem pro vyšetření INR v režimu POCT, tj. výkon 01443 dle seznamu výkonů
 - přístrojem pro vyšetření iTOKS v režimu POCT, tj. výkon 15119 dle seznamu výkonů
 - 12svodovým EKG, tj. výkon 09127 dle seznamu výkonů
 - otoskopem, tj. výkon 02250 dle seznamu výkonů
 - tlakovým holterem, tj. výkon 17129 dle seznamu výkonů
- h) poskytovatel zajišťuje komplexní péči svým registrovaným pojištěncům a vykazuje především výkony odpovídající těmto hrazeným službám:
 - i. poskytovatel zajišťuje preventivní prohlídky a poskytování pravidelné zdravotní péče všem registrovaným pojištěncům a snížení čekacích lhůt na poskytnutí zdravotních služeb;
 - ii. poskytovatel se aktivně účastní všech populačních screeningových programů včetně novorozeneckého a dětského screeningu;

- iii. poskytovatel zajišťuje včasný záchyt, dispenzarizaci a léčbu pacientů s diabetes mellitus a dalšími chronickými onemocněními;
 - iv. poskytovatel provádí pravidelná očkování pacientů včetně očkování rizikových skupin i nepovinných očkování.
3. Navýšení úhrady dle odst. 2 bude poskytovateli hrazeno průběžně od 1. dne měsíce, ve kterém byly splněny všechny podmínky uvedené v odst. 1 a došlo ke smluvnímu zajištění úvazkové kapacity dle podmínek uvedených v odst. 2. Navýšení úhrady se považuje za předběžnou měsíční úhradu, která bude zúčtována nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období, a to na základě vyhodnocení podmínek uvedených v odst. 2.

F) Podpora dostupnosti prostřednictvím poskytovatelů spolupracujících v rámci žurnální služby

1. V rámci zajištění péče o pacienty s akutními potížemi a s cílem snížit počet pojištěnců čerpajících péči v rámci lékařské pohotovostní služby a urgentních příjmů v době mimo smluvený rozsah ordinační doby všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost se může poskytovatel zapojit do zajištění této péče formou tzv. žurnální služby, tj. jeden nebo více poskytovatelů (IČZ) v jednom regionu (standardně ORP) spolupracuje na zajištění širšího rozsahu ordinačních hodin. Podmínkou je zajištění odpovídající dostupnosti péče pro registrované pojištěnce zapojených poskytovatelů, tj. dojezdová vzdálenost mezi ordinacemi maximálně do 15 minut (pozn. jedná o dobu jízdy dopravním prostředkem rychlostí, která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích v intencích Přílohy č. 1 Nařízení vlády ČR č. 307/2012 Sb.).
2. Poskytovateli bude navýšena základní kapitační sazba o 2 Kč v případě, že doloží, že zajišťuje sám nebo ve spolupráci s jiným poskytovatelem všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost poskytování hrazených služeb v rozsahu alespoň od 8 do 18 hodin každý pracovní den v týdnu, přičemž v tomto čase je připraven poskytovat akutní péči především všem pojištěncům registrovaných u něj a u ostatních spolupracujících poskytovatelů.
3. Další podmínky navýšení úhrady dle odst. 2:
 - a) Poskyvatelé zapojení do žurnální služby doloží zdravotní pojišťovně plán zajištění žurnální služby alespoň na jeden měsíc předem.
 - b) Zároveň poskyvatelé rozpis zajištění žurnální služby zveřejní svým registrovaným pojištěncům.
 - c) Při ošetření neregistrovaného pojištěnce v rámci žurnální služby vykazuje poskytovatel výkon „Ošetření neregistrovaného pojištěnce v rámci žurnální služby“ (pozn. číslo výkonu bude oznámeno, výkon se nesmí kombinovat s výkony 01543, 09555, 09556 a 09557), pro který se stanovuje úhrada ve výši 100 Kč.
 - d) Poskytovatel zajistí minimálně 30 služeb v hodnoceném období.
4. Úhrada dle odst. 2 a odst. 3 bude poskytovateli hrazena průběžně od 1. dne měsíce, ve kterém doloží, že zajišťuje žurnální službu. Do 150 dnů po skončení hodnoceného období příslušná zdravotní pojišťovna vyhodnotí efektivitu poskytování a zajištění žurnální služby a v případě, že podíl pojištěnců registrovaných u poskytovatele zajišťujícího žurnální službu k 31. 12. hodnoceného období, kteří čerpali péči v rámci lékařské pohotovostní služby v hodnoceném období (tj. byl na ně vykázan výkon v rámci smluvní odbornosti 003), bude vyšší než podíl pojištěnců registrovaných u poskytovatele zajišťujícího žurnální

službu k 31. 12. 2024, kteří čerpali péči v rámci lékařské pohotovostní služby v roce 2024, bude úhrada poskytovateli uhrazená dle odst. 2 snížena o 50 %.

Prezenční listina


Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2025

Datum: 29.5.2024


Skupina: Poskytovatelé praktičtí lékaři a PLDD

Místo: ZP MV ČR - budova Crystal, Vinohradská 2577/178, Praha 3

Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis
VZP ČR	DRÁHALOVÁ Klára JANKUŠ MIROSLAV	
ZPMV ČR	HALČMAN KUCĚROVA PETR VYŠEČKA	
VoZP	PETRA KRAČÁK	
ČPZP	Lucie Linkeová	
OZP	VITKA VOJTOVÁ	
ZPŠ	Petr ŠMACH	
RBP	Pavel KYDRYCH	

Skupina poskytovatelů

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis
APRIMED zájmové sdružení nestátních zdravotnických zařízení		
Asociace nemocnic ČR	IVANA KOUBEKOVÁ	
Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení	KAMENÍK PETER	
Česká lékařská komora o.s.	LINDOVSKÝ PAVEL	
Sdružení praktických lékařů České republiky, z.s.	PETR JIŘÍK DÍČKA ZDĚNEK	
Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky, z.s.	HÜLLEROVÁ ILONA	
Svaz multioborové nelůžkové péče z.s.		

Hosté

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis