Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8

A) Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku

1. Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku pro poskytovatele ambulantních gynekologických služeb v odbornosti 603 podle seznamu výkonů (dále jen „měsíční agregovaná úhrada“) se stanoví ve výši 122 Kč za jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny, přičemž tato částka se dále navyšuje o:

   a) 9 Kč, pokud je zdravotní pojišťovně doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, to jest působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž pokud je splnění doloženo do 28. února 2027, navýšení měsíční agregované úhrady se provede od 1. ledna 2027, jinak se navýšení provede od 1. dne kalendářního měsíce následujícího po splnění této podmínky; za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný do konce hodnoceného období, tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

   b) 9 Kč, pokud poskytovatel alespoň na jednom pracovišti poskytuje v hodnoceném období hrazené služby:

      i. v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny

         I. alespoň dva dny v týdnu nejméně do 18 hodin, nebo

         II. alespoň dva dny v týdnu nejpozději od 7 hodin, nebo

         III. alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejméně do 18 hodin,

      ii. v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně, přičemž doloží, že všichni lékaři, kteří na takovém pracovišti působí jako nositelé výkonů, poskytují po celý rok 2027 alespoň jeden den v týdnu hrazené služby u poskytovatele lůžkové péče nebo poskytovatele jednodenní péče, a zároveň má ordinační hodiny

         I. alespoň dva dny v týdnu nejméně do 18 hodin, nebo

         II. alespoň dva dny v týdnu nejpozději od 7 hodin, nebo

         III. alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejméně do 18 hodin.

   c) o 3 Kč, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně platné rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „platné rozhodnutí“), nebo o 9 Kč, pokud doloží platné rozhodnutí a zároveň doloží, že alespoň v části období od 1. ledna 2025 se aktivně na vzdělávání podílel, tedy

vzdělával na svém pracovišti alespoň jednoho školence nebo rezidenta; navýšení se provede od 1. dne kalendářního měsíce následujícího po splnění příslušné podmínky,

d) o 9 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, přičemž navýšení se provede od 1. dne kalendářního měsíce následujícího po doložení certifikátu ISO 9001,

e) o 6 Kč, pokud poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. prosinci hodnoceného období.

2. Měsíční agregovanou úhradou jsou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytované registrovaným pojištěnkám, včetně veškeré preventivní a léčebné péče s výjimkou služeb hrazených podle částí B až D.

3. Nárok na měsíční agregovanou úhradu podle bodu 1 za daný kalendářní měsíc za registrovanou pojištěnku vzniká registrujícímu poskytovateli, pokud u ní byla tímto poskytovatelem v 24 kalendářních měsících předcházejících danému kalendářnímu měsíci provedena preventivní prohlídka vykázaná výkonem č. 63021 nebo 63050 podle seznamu výkonů. Pro účely předchozí věty jsou zohledněny pouze výkony č. 63021 a 63050 podle seznamu výkonů vykázané nejpozději k desátému dni daného kalendářního měsíce a uznané zdravotní pojišťovnou, přičemž k později vykázaným výkonům se pro účely měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc nepřihlíží.

4. Měsíční agregovaná úhrada ve výši podle bodu 1 je poskytovateli uhrazena, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doložil vybavení ultrazvukovým přístrojem vyrobeným po 31. prosinci 2012 a doklad ne starší 2 let o pravidelné kontrole tohoto přístroje certifikovaným subjektem. Pokud poskytovatel nesplnil podmínku podle předchozí věty, agregovaná úhrada podle odstavce 1 bez navýšení podle bodu 1 písm. a) až e) se vynásobí koeficientem 0,50. V případě, že je poskytovatel vybaven více ultrazvukovými přístroji, musí být podmínky splněny minimálně u jednoho přístroje na každém místě poskytování hrazených služeb uvedeném ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Splnění podmínek podle věty první až třetí je vyhodnoceno k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce.

5. Celková výše měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, u kterých byla splněna podmínka uvedená v bodě 3 k poslednímu dni daného kalendářního měsíce, a měsíční agregované úhrady na jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny vypočtené podle bodu 1 písm. a) až d), pokud byly splněny podmínky bodu 4, jinak měsíční agregované úhrady podle bodu 4.

6. Poskytovatel vykazuje následující výkony, které mají pouze povahu signálních výkonů pro vykazování kontaktu registrované pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a pro vyhodnocení podmínek měsíční agregované úhrady:

a) výkon č. 63021 podle seznamu výkonů v případě provedení komplexního vyšetření gynekologem při převzetí a registraci pojištěnky do péče,

b) výkon č. 63050 podle seznamu výkonů v případě provedení preventivní prohlídky gynekologem,

c) výkon č. 09215 podle seznamu výkonů v souvislosti s vykázáním zvlášť účtovaného léčivého přípravku nebo zvlášť účtovaného materiálu.

7. V případě, že poskytovatel v rámci nepravidelné péče ošetří pojištěnku, která u něj není registrována, vykazuje tuto péči výhradně prostřednictvím výkonů č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů jako nepravidelnou péči, přičemž tyto výkony jsou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.

8. Pokud úhrada za hrazené služby poskytnuté registrovaným pojištěnkám poskytovatele neregistrujícím poskytovatelem v odbornosti 603 podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb podle částí C až F, přesáhne 10 % z celkové výše úhrady poskytovateli, pak se část úhrady za tuto péči tento limit přesahující odečte v plné výši z úhrady registrujícímu poskytovateli.

9. Úhrada podle bodu 1 písm. e) a bodu 8 se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada hrazených služeb poskytnutých těhotným pojištěnkám

1. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanoví úhrada ve výši podle písmen a) až c) za podmínek stanovených v písmenech d) až i):

   a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 2 489 Kč.

   b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 3 801 Kč.

   c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 5 322 Kč.

   d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství potratem a v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství mimo zdravotnické zařízení.

   e) Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí úhrad podle písmen a) až c) a které slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.

   f) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů a nahlášení této registrace zdravotní pojišťovně nejpozději zároveň s vykázáním těchto hrazených služeb.

   g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), nejsou v průběhu těhotenství zdravotní pojišťovnou hrazeny žádné výkony s výjimkami uvedenými v částech A a D.

   h) Úhrada za péči o těhotné pojištěnky vypočtená podle písmen a) až c) se vynásobí koeficientem 1, ke kterému se při splnění následujících podmínek ultrazvukových a genetických vyšetření přičtou tyto koeficienty:

      i. koeficient genetických vyšetření ve výši:

         I. 0,05 v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odborností 208 nebo 816 podle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl geneticky testovaných pojištěnek“) nepřesáhne hranici 20 %,

II. −0,05 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,

III. −0,10 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek přesáhne hranici 60 %,

ii. koeficient konziliárních ultrazvukových vyšetření ve výši:

I. 0,05 v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu“) nepřesáhne hranici 30 %,

II. −0,05 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,

III. −0,10 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu přesáhne hranici 60 %.

i) Za těhotnou pojištěnku se pro účely úhrady podle písmene h) považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 1 písm. a), b) nebo c).

j) Koeficienty podle písmene h) podbodů i. a ii. se nepoužijí v případě, že měl poskytovatel v průběhu hodnoceného období ve své péči méně než 10 těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny.

k) Úhrada podle písmene h) se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

C) Úhrada hrazených služeb v rámci léčby neplodnosti

1. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A se pro poskytovatele odbornosti 603 stanoví úhrada ve výši 848 Kč za hrazené služby v souvislosti s vyšetřením a léčbou neplodnosti, které zahrnují vyšetření ženy a jejího partnera, nastavení léčby a v případě neúspěchu předání do centra asistované reprodukce. Hrazené služby podle předchozí věty zdravotní pojišťovna uhradí maximálně dvakrát za rok, maximálně šestkrát za život pojištěnky.

2. Hrazené služby asistované reprodukce v souvislosti s léčbou neplodnosti se poskytovateli asistované reprodukce hradí následujícími výkony:

a) Výkon č. 63935 – Rozšířený management léčby neplodnosti poskytovatelem asistované reprodukce včetně spermiogramu s výší úhrady 2 231 Kč.

b) Výkon č. 63936 – Rozšířený management léčby neplodnosti poskytovatelem asistované reprodukce bez spermiogramu s výší úhrady 1 925 Kč.

3. Pro hrazené služby v souvislosti s in vitro fertilizací (IVF) a intrauterinní inseminací vykazované poskytovatelem asistované reprodukce se úhrada stanoví následovně:

a) Stimulace a punkce ve výši 22 954 Kč.

b) Oplodnění a kultivace embryí ve výši 12 400 Kč.

c) Embryotransfer ve výši 6 128 Kč.

d) Příprava pro kryoembryotransfer ve výši 3 000 Kč.

e) Zhodnocení embryotransferu ve výši 500 Kč.

f) IVF cyklus přerušený před odběrem oocytů ve výši 1 646 Kč.

g) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu ve výši 13 200 Kč.

h) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI ve výši 1 668 Kč.

i) Intrauterinní inseminace ve výši 4 660 Kč.

j) Odběr a uchování zárodečných buněk – oocytů – u indikovaných pacientů ve výši 27 039 Kč.

k) Odběr a uchování zárodečných buněk – spermií – u indikovaných pacientů ve výši 5 625 Kč.

l) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – oocytů – u indikovaných pacientů ve výši 2 580 Kč.

m) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – spermií – u indikovaných pacientů ve výši 2 580 Kč.

4. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodech 2 a 3 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

D) Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb

1. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt s pojištěncem ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkony č. 63050, 63053 a 63055 podle seznamu výkonů v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 90 Kč. U pojištěnců do 18 let se použijí výkony podle § 18 odst. 2.

2. Za následující hrazené služby se úhrada stanoví takto:

a) Za konziliární vyšetření v rámci kolposkopické expertízy vykázané výkonem č. 63063 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 232 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkony č. 63417 a 63532 podle seznamu výkonů a související klinická vyšetření.

b) Za konziliární superspecializované ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče vykázané výkonem č. 63415 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 409 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.

c) Za výkon č. 63311 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 2 086 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkon č. 63415 podle seznamu výkonů a související klinická vyšetření.

d) Za výkon č. 63319 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 2 848 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkon č. 63415 podle seznamu výkonů a související klinická vyšetření.

e) Za vyšetření urogynekologem vykázané výkonem č. 63701 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 623 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.

f) Za urogynekologické ultrazvukové vyšetření vykázané výkonem č. 63703 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 687 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada výkonu č. 63417 podle seznamu výkonů.

g) Pro výkony č. 06211, 06135 a 06137 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.

h) Pro výkon přepravy č. 10 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.

i) Pro výkon č. 39115 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

j) Pro výkony urogynekologické péče vykazované výkony podle kapitol 706 a 716 seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

k) Pro výkony č. 64021, 64022, 64023, 64111, 64113, 64115 a 64215 podle seznamu výkonů vykázané poskytovatelem odbornosti 603 podle seznamu výkonů u neregistrované pojištěnky se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

l) Pro výkony č. 02125, 01186, 01188, 15108, 15118, 15119, 15120, 15121, 63511, 63531, 63547, 63651 a 82053 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

3. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál použité při poskytování hrazených služeb.

4. Pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 604 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

E) Regulační omezení

1. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech jsou uvedena v písmenech a) a b).

a) Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

b) Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony č. 95201 až 95203 a 97113 až 97116 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

2. Regulační omezení podle bodu 1 písm. a) a b) se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1 písm. a) nebo b).
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodu 1 písm. a) a b) přiměřeně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodu 1 písm. a) a b) referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, regulační omezení podle bodu 1 písm. a) a b) se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců podle první věty přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
6. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % celkového objemu úhrady za hodnocené období podle částí A až D.
7. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1 písm. a) a b).

F) Agregovaná úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků

1. Pro hrazené služby podle tabulky se stanoví agregovaná úhrada v následující výši:

Kód výkonu	Kód výkonu podle seznamu výkonů	Název výkonu	Úhrada
10188	63149	Revize po spontánním potratu	17 882 Kč
10190	63519	Marsupializace, exstirpace nebo incize abscesu nebo cysty bartolinské žlázy, drenáž, chemická exstirpace	19 528 Kč
10194	63533	Konizace cervixu, jakákoliv technika s výjimkou užití laseru	19 528 Kč
10205	63611	Hysteroskopie diagnostická	19 528 Kč
10206	63613	Operační hysteroskopie	19 528 Kč

2. Úhrada za veškerou péči související s provedením hrazených služeb podle bodu 1 je zahrnuta v agregované úhradě, zejména jde o:
   a) vyšetření nutné k příjmu pojištěnce do péče,
   b) vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce do domácího ošetřování,
   c) operační výkon,
   d) veškerá vyšetření související s operačním výkonem,

e) kompletní anesteziologická péče, zejména vyšetření anesteziologem, anestézie a kontrolní vyšetření,

f) zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky související s výkonem, a to k operačnímu výkonu i anestézii,

g) ošetřovatelská péče a náklady spojené s pobytem pojištěnce na lůžku.

3. V jeden den je poskytovateli na pojištěnce uhrazena pouze jedna hrazená služba podle bodu 1, kromě případů, kdy zdravotní pojišťovna před poskytnutím hrazené služby odsouhlasila jiný rozsah poskytnutých hrazených služeb.

4. Zdravotní služby zahrnuté podle bodu 2 v hrazené službě podle bodu 1 jiný poskytovatel poskytne jako péči vyžádanou poskytovatelem hrazené služby podle bodu 1.

G) Bonifikace za týmovou praxi

1. Navýšení měsíční agregované úhrady podle části A bodu 1 za týmovou praxi o 6 Kč náleží poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů zřizujícímu samostatné organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (dále jen „pracoviště týmové praxe“) na jednom místě poskytování hrazených služeb nebo na jednom hlavním a jednom nebo více vedlejších místech poskytování hrazených služeb, pokud tento poskytovatel v kalendářním měsíci splňoval u tohoto pracoviště všechny následující podmínky:

a) poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno nejméně v rozsahu 2,0 úvazku lékaře se symbolem L3 podle seznamu výkonů, přičemž alespoň jeden lékař se symbolem L3 podle seznamu výkonů má alespoň 0,8 úvazku; úvazkem 1,0 se pro účely této části rozumí úvazková kapacita sjednaná ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb v rozsahu 30 hodin týdně,

b) poskytovatel poskytuje na pracovišti týmové praxe hrazené služby v rozsahu alespoň 50 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dní týdně, přičemž ordinační doba každý den činí alespoň 8 ordinačních hodin a rozvržení dopoledních a odpoledních ordinačních hodin je přizpůsobeno lokální situaci a potřebě,

c) pokud má poskytovatel u pracoviště týmové praxe více míst poskytování, pak musí být na hlavním místě poskytování ordinační hodiny alespoň 40 hodin týdně a vzdálenost mezi místy poskytování musí být maximálně 30 km, přičemž podmínky podle písmen a), b) a f) se posuzují jako součet hlavního a vedlejších míst poskytování,

d) poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu s potvrzením termínu, a aktivně jej využívá ke komunikaci se zdravotní pojišťovnou a pojištěncem,

e) na pracovišti týmové praxe je k dispozici po celou ordinační dobu administrativní pracovník, který aktivně zajišťuje komunikaci mezi poskytovatelem, pojištěncem a zdravotní pojišťovnou,

f) poskytovatel průběžně registruje na pracovišti týmové praxe nové pojištěnce až do kapacity nejméně 2 000 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven na každého 1,0 úvazku lékaře se symbolem L3 podle seznamu výkonů.

2. Navýšení měsíční agregované úhrady podle části A bodu 1 za týmovou praxi o 5 Kč náleží poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů, pokud v daném měsíci splňuje podmínky podle bodu 1 a současně na tomto pracovišti aktivně zajišťuje registrovaným pojištěnkám předporodní péči a péči v šestinedělí vykazovanou výkony podle části D bodu 2 písm. g) porodní asistentkou se symbolem S2 nebo S3 podle seznamu výkonů s úvazkem v rozsahu nejméně 20 hodin týdně.
3. Pokud poskytovatel doloží splnění podmínek podle bodu 1 nebo 2, navýší se měsíční agregovaná úhrada v kalendářním měsíci, ve kterém tyto podmínky splnil.