

## Společný návrh VZP ČR a SZP ČR na úhradu ve skupině poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí pro rok 2025

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2025, poskytovatelem vykázané do 31. března 2026 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2026.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2023 – do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2023, poskytovatelem vykázané do 31. března 2024 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2024.

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,20 Kč**. Tyto výkony nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 4 za hodnocené ani referenční období.
2. Pro výkony neuvedené v bodě 1 se stanoví hodnota bodu ve výši **0,72 Kč**.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou **G10 – G14, I60 – I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94** podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí **5 %**, navýší se hodnota bodu dle bodu 2 o **0,06 Kč**.
4. Celková výše úhrady pro výkony neuvedené v bodě 1 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,05 + KN) * POPzpoZ * PUROo + \max [(1,05 + KN) * PUROo * POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$$

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí

**PUROo** je přepočtená průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále v textu také „ZU“) na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí, dále do výpočtu PUROo nevstupuje úhrada za tyto pojištěnce v referenčním období, vypočtená na základě skutečné hodnoty bodu  $HB_{skut}$  za výkony, které byly v referenčním období součástí limitace úhrady. Hodnota PUROo se stanoví následovně:

$$PUROo = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{(PB_{ref} * HB_{min} + KP_{ref})}{POP_{ref}} \right\}$$

Kde:

UHR <sub>ref</sub>	je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
POP <sub>ref</sub>	je počet unikátních pojištěnců poskytovatele v referenčním období ošetřených v rámci hrazených služeb, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
PB <sub>ref</sub>	je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
HB <sub>min</sub>	minimální hodnota bodu určená pro výpočet PUROo ve výši 0,60 Kč
KP <sub>ref</sub>	je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady

POP<sub>zpoMh</sub> je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

UHR<sub>Mh</sub> je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

UHR<sub>Mr</sub> je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- a) **0,02** – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21113, 21115, 21315** podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než **50 %**,
- b) **0,02** – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21221 a 21415** podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší než **14 %**,

- c) **0,10** – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců s hlavní nebo vedlejší diagnózou **G10 - G14, I60 - I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94** podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí **5 %**,
- d) **0,02** – v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2025 doloží, že nejméně **50 %** pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání Unie fyzioterapeutů České republiky, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí 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.

$HB_{skut}$  je skutečná hodnota bodu v referenčním období pro jednotlivé výkony poskytovatele stanovená jako:

$$HB_{skut} = HB_{ref} * \frac{UHR_{ref}}{PB_{ref} * HB_{ref} + KP_{ref}}$$

Kde:

$UHR_{ref}$	je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
$KP_{ref}$	je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
$PB_{ref}$	je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
$HB_{ref}$	je hodnota bodu platná v referenčním období pro jednotlivé služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady

- U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
- Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 a 2. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 3, 4 a 5 nepoužijí.
- Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
- Pro výkony č. 09555, 09556 a 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč.
- Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedná dvanáctiny 106 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

**Věc: Dohodovací řízení pro rok 2025 dle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.**

**Návrh UNIFY ČR k DŘ na rok 2025**

úhrada zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli ambulantních služeb  
v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2025, poskytovatelem vykázané do 31. března 2026 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2026.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2023 – do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2023, poskytovatelem vykázané do 31. března 2024 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2024.

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1,20 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony podle seznamu výkonů neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši **0,80 Kč**.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 5 %, navyšuje se hodnota bodu uvedená v bodě 2 o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,14 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,14 + KN) \times \max[PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$$

kde:

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byly vykázaný v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, **M75, M511, M500**, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 2 a 3 včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, M41.0 až M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- 0,02 - v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21113, 21115 a 21315 podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než 50 %,
- 0,02 - v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 21221 a 21415 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší než 14 %,
- 0,10 - v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 5 %,
- 0,02 - v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovny nejpozději do 31. ledna 2024 doloží, že nejméně 50 % pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání

Unie fyzioterapeutů České republiky, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období.

PUR<sub>00</sub> je přepočtená průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUR<sub>00</sub> nevstupují pojištěnci, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, **M75, M511, M500**, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, a úhrada za tyto pojištěnce v referenčním období, vypočtená takto:

$$PUR_{00} = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{PB_{ref} \times HB_{min}}{POP_{ref}} \right\}$$

UHR<sub>ref</sub> je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za hrazené služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

POP<sub>ref</sub> je počet unikátních pojištěnců poskytovatele v referenčním období ošetřených v rámci hrazených služeb, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

PB<sub>ref</sub> je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

HB<sub>min</sub> minimální hodnota bodu určená pro výpočet PUR<sub>00</sub> ve výši **0,70 Kč**.

K<sub>pref</sub> je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že vznikl v průběhu referenčního období, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1, 2 a 3, přičemž podmínka navýšení hodnoty bodu dle bodu 3 se považuje za splněnou. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 4 a 5 nepoužijí.

7. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovatelů podle bodu 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů.

8. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců dané zdravotní pojišťovny.

9. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou C50, E83, **M75, M511, M500**, F84, G20, G21, G22, G23.1 až G23.9, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 až 3. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny **116%** úhrady ze referenčního období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního

vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.



Mgr. Vladan Toufar  
prezident UNIFY ČR, z.s.

V Praze dne 27.5. 2024

# 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 fyzioterapie – nelékařských profesí

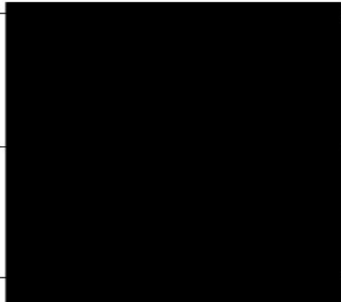
Místo: ZP MV ČR - budova Crystal, Vinohradská 2577/178, Praha 3

### Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis
VZP ČR	LIBUŠE DŘÍMALOVÁ JANUŠ MIROSLAV	
ZPMV ČR	JALCHMAN KUCEROVA PETE VYSKOČIL	
VoZP	Petra HROBČEK	
ČPZP	Lucie Linkeová	
OZP	VITKA VONTOVA	
ZPŠ	Petr ŠMACH	
RBP	Pavel MYDRYCH	



Skupina poskytovatelů

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis
APRIMED zájmové sdružení nestátních zdravotnických zařízení		
Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení	KAMENÍK PETR	
Unie fyzioterapeutů České republiky	Leuka Školobígerová PÁDRA MELKOVÁ	

Hosté

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis