

Návrh VZP ČR na úhradu v segmentu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb pro rok 2026

Úvod

Předložený návrh definuje principy úhrady ve skupině poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb v odbornosti 603 pro rok 2026, přičemž oproti minulým rokům jsou definovány nové principy úhrady za registrované pojišťovny a vyčlenění specializovaných služeb. Úhrada v roce 2026 bude realizována v několika částech, které jsou podrobně definovány níže:

- A) Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojišťovnu
- B) Úhrada péče o těhotné pojišťovny
- C) Úhrada hrazených služeb v rámci léčby neplodnosti
- D) Úhrada vybraných výkonů, specializovaných a konziliárních gynekologických služeb
- E) Regulační mechanismy za předepsané léčivé přípravky a za vyžádanou péči
- F) Agregovaná úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků

Poznámky:

- Níže navržené parametry úhrady se týkají poskytovatelů v odbornosti 603, resp. poskytovatelů se smluvní odborností 613 (centra asistované reprodukce).
- Úhrada poskytovatelů v odbornosti 604 – dětská gynekologie bude probíhat výkonově.
- Návrh je pouze pro ambulantní poskytovatele, nejsou uvažovány ambulance odbornosti 603 v rámci poskytovatelů akutní lůžkové péče.
- Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům jsou hrazeny za stejných podmínek.

Definice pojmů

- **Hodnocené období** – rok 2026 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, poskytovatelem vykázané do 31. března 2027 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2027.
- **Referenční období** – rok 2024 - do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2024, poskytovatelem vykázané do 31. března 2025 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2025.

Návrh úhradového mechanismu

A) Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojišťovnu

1. Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojišťovnu pro poskytovatele ambulantních gynekologických služeb v odbornosti 603 (dále jen „měsíční agregovaná úhrada“) se stanoví ve výši **114 Kč** za jednu registrovanou pojišťovnu příslušné zdravotní pojišťovny, přičemž tato částka se dále navyšuje o:
 - a) **o 9 Kč**, pokud bude zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. 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, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
 - b) **o 9 Kč**, pokud poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytuje v hodnoceného období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodloužené do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinací do 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin. Ordinálními hodinami se rozumí ordinální hodiny sjednané ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, přičemž se jedná o dobu, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví.
 - c) **o 9 Kč**, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované

*Dohodovací řízení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 3 protokolu z jednání v rámci přípravné fáze*

způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období.

- d) **o 9 Kč**, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
 - e) **o 5 Kč**, pokud poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % svých registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. 12. hodnoceného období.
2. S výjimkou služeb hrazených dle částí B) – D) jsou měsíční agregovanou úhradou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytované registrovaným pojištěnkám, včetně veškeré preventivní a kurativní péče, která zahrnuje především tyto činnosti:
- a) vstupní komplexní vyšetření gynekologem,
 - b) preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související,
 - c) ultrasonografická vyšetření pánve u gynekologických onemocnění, v porodnictví a šestinedělí,
 - d) cílená a kontrolní vyšetření gynekologem,
 - e) telefonické konzultace ošetřujícího lékaře pacientem,
 - f) minimální kontakt lékaře s pacientem,
 - g) odběry materiálu z pochvy, čípku a hrdla děložního,
 - h) dispenzární péče,
 - i) edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou,
 - j) injekce I.M., S.C., I.D.,
 - k) vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
 - l) odeslání pojištěnce na navazující vyšetření,
 - m) předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
 - n) poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

Poskytovatel nevykazuje v souvislosti s měsíční agregovanou úhradou žádné výkony s výjimkou signálních výkonů specifikovaných v odst. 6 této části.

3. Nárok na měsíční agregovanou úhradu dle odstavce 1 za příslušnou registrovanou pojištěnku vzniká pouze v případě, že u ní byla v předchozích 24 kalendářních měsících provedena preventivní prohlídka vykázaná výkonem č. 63021 – Komplexní vyšetření gynekologem a porodníkem nebo 63050 – Preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související. Pro vyhodnocení existence nároku na měsíční agregovanou úhradu budou zohledněny pouze výkony č. 63021, resp. č. 63050 vykázané k 10. dni následujícího kalendářního měsíce a uznané zdravotní pojišťovnou, přičemž jejich dodatečné vykázaní nárok nezakládá.
4. Měsíční agregovaná úhrada ve výši vypočtené dle odst. 1, bude poskytovateli uhrazena, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží vybavení ultrazvukovým přístrojem vyrobeným po 31. 12. 2011 a doklad o pravidelné kontrole tohoto přístroje certifikovaným subjektem, který není starší 2 let. V opačném případě bude agregovaná úhrada vypočtená dle odst. 1 bez navýšení dle písm. a) až e), vynásobena 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 uvedených ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Splnění podmínky dle tohoto odstavce je vyhodnoceno k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce.
5. Celková výše měsíční agregované úhrady se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, u kterých byla splněna podmínka uvedená v odst. 3, k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce hodnoceného období a agregované úhrady na jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny vypočtené podle odst. 1 písm. a) až d).
6. Poskytovatel je povinen vykazovat níže uvedené výkony, které mají pouze povahu signálních výkonů pro vykazování kontaktu registrované pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a pro vyhodnocení podmínek agregované úhrady:

*Dohodovací řízení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 3 protokolu z jednání v rámci přípravné fáze*

- a) 63021 podle seznamu výkonů v případě provedení komplexního vyšetření gynekologem při převzetí a registraci pojištěnky do péče.
 - b) 63050 podle seznamu výkonů v případě provedení preventivní prohlídky gynekologem.
 - c) 15118, 15119, 15120 nebo 15121 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel některý z těchto výkonů provedl v rámci screeningu kolorektálního karcinomu.
 - d) 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel některé z těchto výkonů provedl v rámci převzetí onkologické pojištěnky do péče, resp. v případě provedení následné prohlídky v souvislosti s onkologickým onemocněním,
 - e) 09215 podle seznamu výkonů v souvislosti s vykazáním ZULP a ZUM.
7. V případě, že poskytovatel v rámci nepravdivé péče ošetří pojištěnku, která u něj není registrována, je oprávněn vykázt tuto péči výhradně prostřednictvím výkonů 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů jako nepravdivou péči, přičemž tyto výkony budou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši **1,00 Kč**.
8. Pokud úhrada za hrazené služby registrovaných pojištěnek poskytovatele čerpaných u neregistrovaného poskytovatele odbornosti 603 s výjimkou služeb hrazených dle částí C), D) a F) přesáhne 6 % z celkové výše úhrady poskytovatelů, pak se náklady na péči poskytnutou nad tento limit odečtou v plné výši registrujícímu poskytovateli.
9. Úhrada dle odst. 1 písm. e) a odst. 8 této části bude finančně vypořádána nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada hrazených služeb poskytnutých těhotným pojištěnkám

1. Nad rámec agregované úhrady definované v části A) se stanoví úhrada pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám ve výši podle písm. a) až c), a to za podmínek uvedených v písm. d) až l) této části:
- a) Hrazené služby v prvním trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. 63897 – Platba za péči o těhotnou v I. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63897 je stanovena ve výši **1 885 Kč**. Výkon se vykazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky.
 - b) Hrazené služby ve druhém trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. 63898 – Platba za péči o těhotnou ve II. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63898 je stanovena ve výši **3 141 Kč**. Výkon se vykazuje ve 14. týdnu těhotenství.
 - c) Hrazené služby ve třetím trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. 63899 – Platba za péči o těhotnou ve III. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63899 je stanovena ve výši **4 398 Kč**. Výkon se vykazuje ve 28. týdnu těhotenství.
 - d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63896 – Signální výkon ukončení těhotenství potratem, nebo v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63895 – Signální výkon ukončení těhotenství mimo PZS.
 - e) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví dle písm. a) až c) nejsou v průběhu těhotenství poskytovatelem vykazovány a zdravotní pojišťovnou hrazeny žádné výkony s výjimkou výkonů uvedených v písm. f) tohoto odstavce a dále s výjimkami uvedenými v části A) a části D).
 - f) Poskytovatel je povinen vykazovat kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, příp. 63411 (pokud tento výkon poskytovatel provedl) nebo 63413 (pokud tento výkon poskytovatel provedl) podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí výše uvedených plateb a slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.
 - g) Podmínkou úhrady dle písm. a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603. Za registraci se považuje platná registrace pojištěnky u poskytovatele nahlášená zdravotní pojišťovně ke dni vykazání výkonů dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
 - h) Úhrada za péči o těhotné pojištěnky vypočtená dle písm. a) – c) bude vynásobena **koefficientem 1,0**, ke kterému budou připočteny při splnění níže uvedených podmínek ultrazvukových a genetických vyšetření následující koeficienty:
 - i. Koefficient genetických vyšetření:

*Dohodovací řízení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 3 protokolu z jednání v rámci přípravné fáze*

- koeficient **0,05** v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl geneticky testovaných pojištěnek“) nepřesáhne hranici 20 %,
- koeficientem (**- 0,05**) v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
- koeficientem (**- 0,10**) v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek přesáhne hranici 60 %.
- ii. Koeficient konziliárních ultrazvukových vyšetření:
 - koeficient **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 dle 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 %,
 - koeficientem (**- 0,05**) v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - koeficientem (**- 0,10**) v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu přesáhne hranici 60 %.
- i) Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení úhrady dle písm. h) této části považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63897, 63053, 63055, 63898 nebo 63899 podle seznamu výkonů.
- j) Úprava úhrady za péči o těhotné pojištěnky dle písm. h) této části se nepoužije, v případě, že měl poskytovatel v průběhu hodnoceného období ve své péči méně než 10 těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny.
- k) Úhrada dle písm. h) - j) tohoto odst. bude finančně vypořádána nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

C) Úhrada hrazených služeb v rámci léčby neplodnosti

1. Nad rámec agregované úhrady dle části A) se stanoví úhrada za hrazené služby v souvislosti s vyšetřením neplodnosti, které jsou poskytovatelem v odbornosti 603 vykazovány agregovaným výkonem **Management léčby neplodnosti včetně kompletního vyšetření partnerského páru** (vykazuje se maximálně dvakrát za rok a maximálně šestkrát za život a obsahuje vyšetření ženy a jejího partnera, nastavení léčby a v případě neúspěchu předání do centra asistované reprodukce smluvní odbornosti 613), přičemž hodnota výkonu je stanovena ve výši **848 Kč**.
2. Zdravotní služby v souvislosti s IVF a IUI vykazují centra asistované reprodukce (smluvní odbornost 613) výhradně prostřednictvím níže uvedených dohodnutých balíčkových kódů/ výkonů (kódy VZP), přičemž hodnota bodu pro tyto výkony je stanovena ve výši **1,32 Kč**, s výjimkou výkonů č. 63922 a 63923, které jsou hrazeny s hodnotou bodu ve výši **1,29 Kč**:
 - a) 63901 - (VZP) IVF cyklus přerušený před odběrem oocytů (1 247 bodů)
 - b) 63902 - (VZP) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí (14 484 bodů)
 - c) 63903 - (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí (30 131 bodů)
 - d) 63908 - (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya (30 131 bodů)
 - e) 63914 - (VZP) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu (10 000 bodů)
 - f) 63915 - (VZP) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI (1 264 bodů)
 - g) 63916 - (VZP) Intrauterinní inseminace (IUI) (3 265 bodů)
 - h) 63920 - (VZP) Odběr a uchování zárodečných buněk - oocytů - u indikovaných pacientů (20 484 bodů)
 - i) 63921 - (VZP) Odběr a uchování zárodečných buněk - spermií - u indikovaných pacientů (4 261 bodů)
 - j) 63922 - (VZP) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce - oocytů - u indikovaných pacientů (2 000 bodů)
 - k) 63923 - (VZP) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce - spermií - u indikovaných pacientů (2 000 bodů)

Dohodovací řízení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 3 protokolu z jednání v rámci přípravné fáze

3. Skutečně použité léčivé přípravky k výkonům IVF vykazují centra asistované reprodukce prostřednictvím výkonu VZP č. 63909 jako ZULP v průměrné dávce 2 250 jednotek gonadotropinu na jeden léčebný IVF cyklus a adekvátního množství agonistů GnRH či antagonistů LHRH.

D) Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb

1. Za každou epizodu péče nebo kontakt s pojištěncem ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázaný výkonem č. 01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví úhrada ve výši **85 Kč**. Za každý kontakt s pojištěncem ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2026 ve výši **106 Kč**. Za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření, včetně výkonů 63050, 63053 a 63055.
2. Pro poskytovatele, kteří mají nasmlouvány níže uvedené výkony specializované a konziliární služby, se úhrada stanovuje takto:
 - a) Za výkon konziliárního vyšetření v rámci kolposkopické expertízy (vykázaný výkonem č. 63063 - Kolposkopická expertíza podle seznamu výkonů) se stanovuje úhrada ve výši **1 076 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
 - b) Za výkon konziliárního superspecializovaného ultrazvukového vyšetření v průběhu prenatalní péče (vykázané výkonem č. 63415 - Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatalní péče podle seznamu výkonů) se stanovuje úhrada ve výši **1 576 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
 - c) Pro specializované služby vykazované výkony č. 63311 (Odběr plodové vody transabdominální aminocentézou) nebo 63319 (Odběr choriových klků transcervikálním nebo transabdominálním přístupem) podle seznamu výkonů se stanovuje úhrada ve výši **1 342 Kč** pro výkon č. 63311 a úhrada ve výši **1 957 Kč** pro výkon 63319. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
 - d) Pro vyšetření urogynékologem (vykázané výkonem č. 63701 - Vyšetření urogynékologem podle seznamu výkonů) se stanovuje úhrada ve výši **593 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
 - e) Pro urogynékologické ultrazvukové vyšetření (vykázané výkonem č. 63703 - Urogynékologické ultrazvukové vyšetření podle seznamu výkonů) se stanovuje úhrada ve výši **654 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada výkonu č. 63417, který se společně s výkonem č. 63703 již dále nevykazuje.
 - f) Pro výkony urogynékologické péče vykazované výkony autorské odbornosti 706 podle seznamu výkonů, se stanovuje hodnota bodu ve výši **1,00 Kč**.
 - g) Pro výkony očkování č. 02125 (Očkování včetně očkovací látky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění) podle seznamu výkonů se stanovuje hodnota bodu ve výši **1,00 Kč**.
3. Nad rámec agregované úhrady dle části A) budou uhrazeny ZULP a ZUM použité při poskytování hrazených služeb dle této části.
4. Pro hrazené služby dle této části poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 604 se stanoví hodnota bodu ve výši **1,00 Kč**.

E) Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - a) Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období **vyšší** než 110 % 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.

*Dohodovací řízení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 3 protokolu z jednání v rámci přípravné fáze*

Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy k překročení průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období došlo v důsledku nárůstu nákladů na poskytovatelem předepsané léčivé přípravky pro léčbu osteoporózy nebo osteopenie.

- 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 zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, prováděné Poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy k překročení průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období došlo v důsledku nárůstu nákladů na poskytovatelem vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v souvislosti s léčbou osteoporózy a osteopenie. 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 zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.
2. 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 odst. 1 jako referenční hodnotu celorepublikovou průměrnou hodnotu na jednoho pojištěnce.
3. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 1 písm. a), pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb za hodnocené období vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
4. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 1 písm. b) pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb za hodnocené období vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
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 ordinálních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n = kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
6. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle odst. 1 maximálně do výše odpovídající 15 % celkového objemu úhrady za hodnocené období vypočtené dle částí A) až D).
7. V případě, že poskytovatel vykáže léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle odst. 1 písm. a).

F) Agregovaná úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků

1. Úhrada níže uvedených vybraných gynekologických zákroků jednodenní péče a zákrokových sálků se stanoví úhrada následovně:

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

*Dohodovací řízení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 3 protokolu z jednání v rámci přípravné fáze*

2. Poskytovatel není oprávněn vykázat s agregovanými výkony uvedenými v odst. 1 žádný jiný výkon ani žádný zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, neboť úhrada za veškerou péči související s provedením výkonu je zahrnuta v agregované úhradě výkonu. Výkony obsahují následující hrazené služby:
 - a) vyšetření nutné k příjmu pojištěnce do péče,
 - b) vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce do domácího ošetřování,
 - c) operační výkon,
 - d) veškerá ostatní vyšetření související s operačním výkonem,
 - e) kompletní anesteziologická péče (vyšetření anesteziologem, vlastní anestézie, kontrolní vyšetření, atd.),
 - f) zvlášť účtovaný materiál (dále jen „ZUM“), zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZULP“) související s výkonem (jak ZUM, ZULP nutný k operačnímu výkonu, tak ZUM, ZULP související s anestézií),
 - g) ošetrovací den (dále jen „OD“).
3. Poskytovatel je oprávněn na jedno číslo pojištěnce v jeden den vykázat pouze jeden kód výkonu, a to maximálně jedenkrát s výjimkou případů, kdy bylo vykázání dalšího kódu výkonu nebo vícenásobné vykázání téhož kódu výkonu schváleno příslušnou zdravotní pojišťovnou před poskytnutím hrazené služby.
4. Pokud poskytovatel pro poskytnutí jakýchkoliv služeb zahrnutých ve výkonu využije služeb jiného poskytovatele, je povinen si tuto péči vyžádat na dokladu 06.