

Návrh pro DŘ o úhradách v roce 2026
(odbornost 925, 914, 921)
Charita ČR, ADP, SMPDP, ČAS, APZZ, UNIPA, ADHPP

Referenční období: 2024

- A) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů
1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,28 Kč**.
 2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
 - a) **1,00 Kč** pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
 - b) **1,00 Kč** pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
 - c) **1,00 Kč** pro odbornosti 916 a 921 podle seznamu výkonů.
 3. Hodnota bodu dle bodu 2 písmene b se při splnění následujících podmínek dále navýší o:
 - a) **o 0,01 Kč** v případě, že podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů 06313, 06315, 06317 a 06318 v hodnoceném období je alespoň 10 %
 - b) **o 0,02 Kč** v případě, že podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů 06313, 06315, 06317 a 06318 v hodnoceném období je alespoň 15 %
 - c) **o 0,03 Kč** v případě, že podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů 06313, 06315, 06317 a 06318 v hodnoceném období je alespoň 20 %,
 - d) **o 0,02 Kč** v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázanými výkony č. 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 35 %,
 - e) **o 0,07 Kč** v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %.
 4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,07 + KN) \times POP_{zpZ} \times PURO_o + (1,07 + KN) \times \max [PURO_o \times POP_{zpMh}; (UHRMh - UHRMr)],$$

kde:

POP_{zpZ} 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 byl vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů,

PURO_o je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, 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 PURO_o nevstupují pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázan výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištěnce. Hodnota PURO_o se stanoví následovně:

$$PURO_o = \frac{(PB_{PREPRO_o} \times HB_{RO_o}) + ZUM_{RO_o} + ZULP_{RO_o}}{POP_{RO_o}}$$

PB_{PREPRO_o} je celkový počet bodů za vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období (vyjma výkonů dopravy a výkonů vykázaných na pojištěnce s vykázaným výkonem 06349 nebo 06360) přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném v hodnoceném období.

HB_{RO_o} je hodnota bodu poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období stanovená následovně:

$$HB_{RO_o} = \frac{UHR_{RO_o} - ZUM_{RO_o} - ZULP_{RO_o}}{PB_{RO_o}}$$

Pokud $HB_{RO_o} < 1,00$, vstupuje do výpočtu PURO_o hodnota $HB_{RO_o} = 1,00$.

UHR_{RO_o} je celková výše úhrady poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období za výkony (vyjma úhrady za dopravu a úhrady péče za pojištěnce, na které byl v referenčním období vykázan výkon 06349 nebo 06360).

PB_{RO_o} je celkový počet bodů za vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období (vyjma výkonů dopravy a výkonů vykázaných na pojištěnce s vykázaným výkonem 06349 nebo 06360) podle seznamu výkonů ve znění účinném v referenčním období.

ZUM_{RO_o} je úhrada za zvlášť účtovaný materiál v dané odbornosti za referenční období.

ZULP_{RO_o} je úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti za referenční období.

POP_{RO_o} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- o 0,01** v případě, že podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů 06313, 06315, 06317 a 06318 v hodnoceném období je alespoň 10 %
- o 0,02** v případě, že podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů 06313, 06315, 06317 a 06318 v hodnoceném období je alespoň 15 %
- o 0,03** v případě, že podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů 06313, 06315, 06317 a 06318 v hodnoceném období je alespoň 20 %,
- o 0,02** – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázanými výkony č. 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 35 %,

- e) **0,15** – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %,
5. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištěnce jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodech 1 a 2 a v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 navýšenou podle bodu 3.
 6. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných v odbornosti 914 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady podle bodu 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby odbornosti 914 podle seznamu výkonů jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
 7. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
 8. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny.
 9. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady podle bodů 3, 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě 1,28 Kč, zdravotní výkony odbornosti 925 podle seznamu výkonů ve výši 1,12 Kč a pro ostatní odbornosti podle bodu 2.
 10. 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 poskytovateli navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Nové výkony jsou hrazeny s hodnotou bodu v bodech 1 a 2 a v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 navýšenou podle bodu 3.
 11. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
 12. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.