

Společný návrh VZP ČR a SZP ČR pro úhradu odb. 914, 916, 921, 925, 926 v roce 2026

Hodnoceným obdobím se rozumí 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.

Referenčním obdobím se rozumí 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.

A) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 914, 916, 921, 925

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč. Úhrada za výkony přepravy nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 4.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
 - a) 0,96 Kč pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
 - b) 0,94 Kč pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
 - c) 0,88 Kč pro odbornost 916 podle seznamu výkonů,
 - d) 0,96 Kč pro odbornost 921 podle seznamu výkonů.
3. 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 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,06 Kč.
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:

$$(1,01 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + \max[(1,01 + KN) \times PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)],$$

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 byl vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů,

PUROo je 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 *PUROo* nevstupují pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištěnce,

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, 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; za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků 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, 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 ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMh nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků 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, 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 ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMr nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním období s vykázáním výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním období je alespoň 25 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,02	-0,01
	Nesplnil	0,03	0

b) v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním 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 nebo referenčním období je alespoň 35 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,02	-0,01
	Nesplnil	0,03	0

c) v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném nebo referenčním 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 nebo referenčním období překročí 35 %, určí se koeficient podle následující tabulky:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,05	-0,07
	Nesplnil	0,15	0

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 celostátního průměru ČR v rámci dané odbornosti za referenční období.

8. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 30 a méně unikátních pojištěnců.
9. 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.
10. 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.

B) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 926 podle seznamu výkonů

1. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši:
 - a) 1,17 Kč za výkony č. 80088 a 80089 podle seznamu výkonů, a
 - b) 1,17 Kč za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů, přičemž celková výše úhrady za tyto výkony nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\min\{(POPičz, dosp * 30 * PB_{80091} * HB) + (POPičz, dět * 180 * PB_{80091} * HB); Bodyh * HB\}$$

kde:

POPičz, dosp je počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

POPičz, dět je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

Bodyh je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

HB je hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů navýšená podle bodu 2.

PB₈₀₀₉₁ je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

2. Hodnota bodu podle bodu 1 se navyšuje:
 - a) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,1 úvazku psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí v oboru klinická psychologie nebo psychoterapie, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání,
 - b) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,3 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání.
3. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb s výjimkou

-
- poskytovatelů lůžkové hospicové péče, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 15 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem v hodnoceném období.
4. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb než podle bodu 1, včetně služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:
- a) pokud počet pojištěnců, na které tento poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázal výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené služby mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebo nepůjde o více než 1 pojištěnce v případě, že poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů ošetřil v hodnoceném období méně než 10 unikátních pojištěnců, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
 - b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:
 - i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
 - ii. poskytnutá stomatologická péče,
 - iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
 - iv. výkony odbornosti 801, 802, 807, 808, 812 až 819, 823, které vyžádal jiný poskytovatel před přijetím pacienta do péče poskytovatele,
 - v. výkony indikované a provedené u pacienta jiným poskytovatelem v den přijetí pacienta do péče poskytovatelem,
 - vi. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
 - vii. další výkony provedené na zemřelém pacientovi,
 - viii. tímto poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázané výkony č. 09555 až 09557 a 09990 podle seznamu výkonů.
5. Celková výše úhrady podle bodu 1 písm. b) se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v hodnoceném období 5 a méně unikátních pojištěnců.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodu 1.
7. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.