

**Společný návrh většiny zástupců
poskytovatelů segmentu ambulantních specialistů (AS)
pro jednání 29.5.2025 v rámci DŘ k úhradám na rok 2026.**

I.
Základním východiskem jsou naše základní požadavky pro jednání DŘ k úhradám na rok 2026, které byly již v úvodu DŘ předneseny zástupcům ZP.

Ty jsou:

1. Ambulantní specializovaná péče již nesmí být neoprávněně finančně upozadovaná.
2. Financování zdravotní péče konečně nesmí být děleno na mandatorní a ostatní bez respektu k faktu, že závažnost jednotlivých diagnóz není daná jen speciálností jejich léčby.
3. Peníze mají „jít za pacientem“, nikoli tam, kde není, kde jsou např. jen prázdná lůžka.
4. Systém úhrad péče AS musí být zásadním způsobem zjednodušen. Míra jeho komplikovanosti v roce 2025 přesáhla jakoukoli únosnou mez.
5. Polevit by měl současný universální tlak na „kolektivizaci“ ambulantní péče bez respektu k potřebám jednotlivých regionů a podmínkám pro poskytování péče ve všech odbornostech.
Ve financování by měly být hlavními kritérii dostupnost a kvalita, nikoli počet zdravotníků, kteří danou péči poskytují na jednom místě.
6. Úhradové podmínky musí být nastaveny tak, že náklady na hrazenou péči nebudou přenášeny na poskytovatele a současně bude na straně smluvních poskytovatelů reálné usilovat o dosažení zisku.
7. Úhrady péče AS musí počítat s absolutním i relativním nárůstem počtu komplikovanějších a tedy nákladově dražších pacientů v našich ambulancích
8. S ohledem na postupnou změnu struktury ošetřovaných pacientů v ambulantní specializované péči ve smyslu zvyšování podílu komplikovanějších a léčebně náročnějších pacientů je třeba minimalizovat riziko dopadu regulací na ambulantní specialisty, včetně regulačních srážek za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči.
9. Hodnota bodu odborností limitovaných úhradovým vzorcem by měla být sjednocena.

10. Bonifikace by měly obsahovat čistě a jen pozitivní motivaci bez stratifikace podle toho, jak dlouho jsou plněny. Přerušení jejich plnění nesmí být provázeno finančním postihem.

II.

Samotný návrh většiny zástupců poskytovatelů segmentu AS:

Hodnocené období: 2026

Referenční období: 2024

Vyjmenované odbornosti: 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823.

Operační obory: 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707

Pro výkon 09543 se stanoví hodnota bodu 1,83 Kč a pro výkony 09555, 09556 a 09557 hodnota bodu ve výši 1,17 Kč, přičemž úhrada všech těchto čtyřech výkonů nevstupuje do výpočtu maximální dle úhradového vzorce dle bodu 2, odst. 3. níže.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení

1. Výše úhrady za následující hrazené služby se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony, přičemž nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3:
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370, 901, 910, 919, 922 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,22 Kč.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,03 Kč.
 - c) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
 - d) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,38 Kč.
 - e) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,98 Kč.
 - f) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle

seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,29 Kč. Pro výkony screeningu č. 73028, 73029 a 71112 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701, 702 nebo 704 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč. Pro výkon č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč. Pro výkony č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli v odbornosti 706 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč. Pro výkon č. 89970 podle seznamu výkonů, vykázaný v rámci časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty, poskytovaný poskytovateli v odbornosti 102 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč. Pro výkony č. 14300 a 14301 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 104 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč.

- g) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,10 Kč, přičemž bonifikace podle písmene i) podbodu iii. se nepoužije.
- h) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,07 Kč,
- i) Hodnota bodu uvedená v písmenech a) až h) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
 - i. 0,05 Kč, pokud nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u poskytovatele působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, 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, kdy v průběhu hodnoceného období skončí platnost dokladu celoživotního vzdělávání a poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů; doklad celoživotního vzdělávání platný pro hodnocené období doloží poskytovatel zdravotní pojišťovně do 31.1.2026; případně později, v takovém případě bude splněná bonifikace započítána až do konečného vyúčtování hodnoceného období,
 - ii. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů **v jedné**

nebo více odbornostech současně, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin v souhrnu ve více odbornostech, přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek. Jako jedno z pracovišť může v tomto případě být i pracoviště v odbornosti 001 nebo 002.

- iii. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2023 do 31. prosince 2025 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
 - iv. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,
 - v. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli odborností 901 a 931 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti podle seznamu výkonů poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 15 ordinačních hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,
 - vi. 0,06 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % ošetřených pojištěnců, přičemž do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
- j) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. i) bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
2. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, s výjimkou hrazených služeb podle bodu 1, se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč
- Hodnota bodu se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
- i. 0,05 Kč, pokud nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u poskytovatele působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu

celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, 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, kdy v průběhu hodnoceného období skončí platnost dokladu celoživotního vzdělávání a poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů; doklad celoživotního vzdělávání platný pro hodnocené období doloží poskytovatel zdravotní pojišťovně do 31.1.2026; případně později, v takovém případě bude splněná bonifikace započítána až do konečného vyúčtování hodnoceného období

- ii. 0,04 Kč - pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů **v jedné nebo více odbornostech současně**, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin v souhrnu ve více odbornostech, přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek. Jako jedno z pracovišť může v tomto případě být i pracoviště v odbornosti 001 nebo 002.
 - iii. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2023 do 31. prosince 2025 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,
 - iv. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
3. Celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,10 + KN) * (POPzpoZ * PURO_o + \max[PURO_o * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

kde:

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; základním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném

období nepřekročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

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 za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

PUROo je průměrná úhrada za výkony přepočtená podle seznamu výkonů ve znění účinném v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Hodnota PUROo se stanoví následovně:

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

PB_{PREPROo} je celkový počet bodů za vykazané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném v hodnoceném období.

HB_{ROo} 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 $HB_{RO_o} < 1,05$, vstupuje do výpočtu PUROo hodnota $HB_{RO_o} = 1,05$.

UHR_{ROo} je celková výše úhrady poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období.

PB_{ROo}	je celkový počet bodů za vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období podle seznamu výkonů ve znění účinném v referenčním období.
ZUM_{ROo}	je úhrada za zvlášť účtovaný materiál v dané odbornosti za referenční období.
ZULP_{ROo}	je úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti za referenční období.
POP_{ROo}	je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
UHRMh	je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky 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 výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.
UHRMr	je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky 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 výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

KN koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a)

0,05 – pokud nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u poskytovatele působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, 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, kdy v průběhu

hodnoceného období skončí platnost dokladu celoživotního vzdělávání a poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů; doklad celoživotního vzdělávání platný pro hodnocené období doloží poskytovatel zdravotní pojišťovně do 31.1.2026; případně později, v takovém případě bude splněná bonifikace započítána až do konečného vyúčtování hodnoceného období.

b)

0,04 - pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů **v jedné nebo více odbornostech současně**, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin v souhrnu ve více odbornostech, přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek. Jako jedno z pracovišť může v tomto případě být i pracoviště v odbornosti 001 nebo 002.

c)

0,01 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2023 do 31. prosince 2025 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonů č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů.

d)

0,01 - pro danou odbornost v případě, že pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,

d)

0,1 - pro odbornost 903 podle seznamu výkonů v případě, že podíl počtu poskytovatelem ošetřených unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny s hlavní diagnózou F84.0 až F84.3, F84.5, F84.8, F98.5, F98.6, R47 až R47.9, R13, Q35 až Q37 nebo Q90 až Q99 podle mezinárodní klasifikace nemocí překročí 10 % z celkového počtu ošetřených unikátních pojištěnců. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní

pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.

4. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.
5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
6. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 3 se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
7. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu pro jednotlivé výkony a odbornosti ve výši podle bodů 1 a 2, přičemž podmínky pro navýšení úhrady uvedené v bodu 1 písm. i) a bodu 2 se považují za splněné a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se nepoužije.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 115 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
9. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 2,- Kč za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, a za vystavení elektronického poukazu, na základě kterého došlo k výdeji zdravotnického prostředku plně či částečně hrazeného z veřejného zdravotního pojištění.

10. Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období, a to po jednotlivých odbornostech podle seznamu výkonů:
 - a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených

- symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
- b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel poskytující hrazené služby uvedené v části A bodu 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 120 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál vykázané v rámci hrazených služeb uvedených v části A bodu 1 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. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 125 % 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. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 120% 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. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče podle věty první se nezahrnují výkony mamografického screeningu, výkony screeningu karcinomu děložního hrdla, výkony screeningu kolorektálního karcinomu a výkony screeningu karcinomu

prostaty prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad a výše 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.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370 a 922 podle seznamu výkonů.
7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevyší u této zdravotní pojišťovny 120 % součtu úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na hodnocené období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává

koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

14. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
15. Regulační omezení podle bodů 3 a 4 se nepoužijí v případě, že poskytovatel v hodnoceném období nepřekročí 110 % celostátního průměru dané odbornosti.
16. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 5 % úhrady dané odbornosti poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
17. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

III.

Dodatek návrhu:

Zástupci poskytovatelů segmentu AS podporují požadavek České oftalmologické společnosti zařadit úhradu plateb za vyšetření dítěte oftalmologem (tj. v této souvislosti provedených výkonů 75022, 75163, 75121, 75157 a 0955) na základě pozitivního primárního screeningu „Včasného zachytu závažných očních vad (VZOV)“ označeného signálním kódem 02040 nebo 02041 mimo limit úhradovým vzorcem (mimo PUROo).