

Návrh SZP ČR pro jednání s ambulantními specialisty v rámci DŘ 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.

Ordinačními hodinami se rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou účinné k 1. 1. 2026 (případné úpravy k datu 1. 1. 2026 musí poskytovatel oznámit do 31. 1. 2026), přičemž se jedná o dobu, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 350, 355, 360, 370 a 922 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,02 Kč.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,91 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 306 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,04 Kč.
 - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,89 Kč.
 - d) 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 0,78 Kč.
 - e) 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 1,20 Kč.
 - f) 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 0,85 Kč.
 - g) 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 1,11 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 0,87 Kč. Pro výkon č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,85 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 0,94 Kč. Pro výkon č. 89970 podle seznamu výkonů, vykázaný v rámci časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty, poskytovaný poskytovateli v odbornosti 102 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,94 Kč.
 - h) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,94 Kč, přičemž bonifikace uvedená v rámci bodu 3 písm. c) se nepoužije.

- i) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,93 Kč.
 - j) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v rámci Ambulancí s rozšířenou praxí, tj. pro odbornosti 920 a 935 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,08 Kč.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
- a) 0,95 Kč pro odbornosti 107, 302, 403, 407 a 780 podle seznamu výkonů,
 - b) 0,93 Kč pro odbornosti 108, 205, 501, 601 a 708 podle seznamu výkonů,
 - c) 0,91 Kč pro odbornosti 102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705 a 706 podle seznamu výkonů,
 - d) 0,88 Kč pro odbornosti podle seznamu výkonů neuvedené v písmenech a) až c).
3. Hodnota bodu stanovená v bodě 1 a 2 se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
- a) 0,03 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj 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.

Podmínka dle předchozí věty 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.
 - b) 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinálních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle seznamu výkonů (dále jen „operační obory“), přičemž má ordinální hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinální hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinální hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin. Hodnota bodu se dále navýší o 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené ve větě první a zároveň poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 35 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.

Podmínky uvedené ve větě první a druhé se považují za splněné i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínky rozsahu a rozložení ordinálních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinální hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
 - c) 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 10 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2023 do 31. prosince 2025 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
 - d) 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.

- e) 0,05 Kč pro odbornost 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli odbornosti 901 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 ordinálních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 15 ordinálních hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období. Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu ordinálních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinální hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.
- f) 0,05 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. Do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
4. Celková výše úhrady poskytovateli uvedenému v bodě 2 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,00 + KN) * POPzpoZ * PURO_o \\ + \max[(1,00 + KN) * PURO_o * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr]$$

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 (PURO_o); 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 (PURO_o); do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

PURO_o je průměrná úhrada za výkony podle seznamu zdravotních 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,

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní

pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění 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 pětinašobek 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 (PUROo).

UHRMr

je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění 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 pětinašobek 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 (PUROo).

max

funkce maximum, která vybere vyšší z uvedených hodnot výpočtu.

KN

koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,03 – pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, 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.

Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po eventuálním skončení platnosti Dokladu doručí Pojišťovně nový Doklad, jehož platnost bude navazovat na platnost původního Dokladu. Smluvní strany mají za to, že platnost původního a nového Dokladu na sebe navazuje v případě, že časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.

b) 0,04 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 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.

Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.

c) 0,01 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 10 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 15 % 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.

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

e) 0,10 – pro odbornost 903 podle seznamu výkonů v případě, že v hodnoceném období podíl počtu poskytovatelem ošetřených unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny s některou z hlavních diagnóz F84.0 až F84.3, F84.5, F84.8, F 98,5, F98.6, R47 až R47.9, R 13, Q35 až Q37, Q90 až Q99 podle mezinárodní klasifikace nemocí překročí 10 % z celkového počtu ošetřených unikátních pojištěnců.

f) 0,02 pro danou odbornost v případě, poskytovatel splňuje podmínky uvedené v písm. b) tohoto bodu, ovšem poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 35 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.

g) 0,10 – pro odbornost 404 podle seznamu výkonů a 0,03 pro odbornost 601 podle seznamu výkonů.

U poskytovatele, který podmínky pro stanovení příslušného koeficientu uvedeného v písm. a) až e) splňoval již v referenčním období, se příslušný koeficient nepoužije a výše koeficientu navýšení je rovna 0,00.

5. 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.
6. 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 4 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
7. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 4 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.
8. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu pro jednotlivé výkony a odbornosti ve výši podle bodů 1 až 3, přičemž podmínky pro navýšení úhrady uvedené v bodě 3 se pro tyto služby považují za splněné a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 se pro tyto služby nepoužije.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. 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.
10. Navýšení hodnoty bodu podle bodu 3 bude poskytovateli definovanému v rámci bodu 1 uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) 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) 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 110 % 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 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. 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 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. 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, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu karcinomu prostaty a screeningu karcinomu plic podle seznamu výkonů 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 u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů.
6. 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 součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
7. 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 v hodnoceném období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
8. 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 v hodnoceném období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
9. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
10. 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.
11. 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.
12. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních 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 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
13. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
14. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
15. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

C) Výkony epizody péče

1. Pro výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč.
2. Pro výkony č. 09555 až 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.
3. Pro výkon č. 09580 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
4. Za každý výkon č. 09990 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 36 Kč.

Úhrada podle odstavců 1. až 4. nevstupuje do výpočtu maximální výše úhrady za hrazené služby.