

Příloha č. 1

**Společný návrh VZP ČR a SZP ČR na úhradu v segmentu poskytovatelů
ambulantních gynekologických služeb pro rok 2027**

Úvod

Předložený návrh definuje principy úhrady ve skupině poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb v odbornosti 603 pro rok 2027. Úhrada v roce 2027 bude realizována v několika částech, které jsou podrobně definovány níže:

- A) Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku
- B) Úhrada péče o těhotné pojištěnky
- 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
- G) Úhrada za týmovou praxi

Předpoklady:

- 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.
- Měsíční agregovaná úhrada ve výši 122 Kč je navržena za podmínky, že se od 1.1.2027 změní podmínky frekvence vykazování výkonů screeningu děložního hrdla (tj. je sledována podmínka preventivní péče v předchozích 36 měsících). V případě, že se od 1.1.2027 nezmění podmínky frekvence vykazování výkonů screeningu děložního hrdla, pak je navržena měsíční agregovaná úhrada ve výši 123 Kč.
- Návrh je předložen za podmínky mimořádné valorizace platby za státní pojištěnce od 1.1.2027 v ročním finančním objemu 25 mld. Kč.

Definice pojmů

- **Hodnocené období** – rok 2027 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2027, poskytovatelem vykázané do 31. března 2028 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2028.
- **Referenční období** – rok 2025 - do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2025, poskytovatelem vykázané do 31. března 2026 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2026.

Návrh úhradového mechanismu

A) Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku

1. Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku pro poskytovatele ambulantních gynekologických služeb v odbornosti 603 podle seznamu výkonů (dále jen „měsíční agregovaná úhrada“) se stanoví ve výši **122 Kč** za jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny, přičemž tato částka se dále navyšuje o:
 - a) **9 Kč**, pokud je zdravotní pojišťovně doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, to jest působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, a jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž navýšení bude uznáno od 1. dne měsíce následujícího po splnění této podmínky. V případě, že poskytovatel splní podmínku pro přiznání navýšení do 28.2.2027, bude navýšení měsíční agregované úhrady uznáno zpětně od 1. 1. 2027. Za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po zbytek celého hodnoceného 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.

*Dohodovací řízení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 1 protokolu*

- b) **9 Kč**, pokud poskytovatel alespoň na jednom pracovišti poskytuje v hodnoceném období hrazené služby za těchto podmínek:
1. v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny:
 - alespoň dva dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo
 - alespoň dva dny v týdnu nejméně od 7 hodin nebo
 - alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejméně do 18 hodin.
 2. Nebo v rozsahu minimálně 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny:
 - alespoň dva dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo
 - alespoň dva dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo
 - alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu do 18 hodin,a zároveň doloží, že všichni lékaři, kteří na takovém pracovišti působí jako nositelé výkonů, poskytují po celý rok 2027 alespoň jeden den v týdnu hrazené služby u poskytovatele lůžkových služeb nebo poskytovatele jednodenní péče.
- c) **o 3 Kč**, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně platné rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále „rozhodnutí“), nebo **o 9 Kč**, pokud doloží platné rozhodnutí a zároveň doloží, že v části období od 1. 1. 2025 doposud se aktivně na vzdělávání podílel, tj. vzdělával na svém pracovišti alespoň jednoho školence. Navýšení bude uznáno od 1. dne měsíce následujícího po splnění podmínek.
- d) **o 9 Kč**, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, přičemž navýšení bude uznáno od 1. dne měsíce následujícího po doložení certifikátu ISO 9001.
- e) **o 6 Kč**, pokud poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. prosinci hodnoceného období.
2. Měsíční agregovanou úhradou jsou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytované registrovaným pojištěnkám, včetně veškeré preventivní a léčebné péče s výjimkou služeb hrazených dle částí B) – D).
3. Nárok na měsíční agregovanou úhradu podle bodu 1 za daný kalendářní měsíc za registrovanou pojištěnku vzniká registrujícímu poskytovateli, pokud u ní byla tímto poskytovatelem v 36¹ kalendářních měsících předcházejících danému kalendářnímu měsíci provedena preventivní prohlídka vykázaná výkonem č. 63021 nebo 63050 podle seznamu výkonů. Pro účely předchozí věty jsou zohledněny pouze výkony č. 63021 a 63050 podle seznamu výkonů vykázané nejpozději k desátému dni daného kalendářního měsíce a uznané zdravotní pojišťovnou, přičemž k později vykázaným výkonům se pro účely měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc nepřihlíží.
4. Měsíční agregovaná úhrada ve výši podle bodu 1 je poskytovateli uhrazena, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doložil vybavení ultrazvukovým přístrojem vyrobeným po 31. prosinci 2012 a doklad ne starší 2 let o pravidelné kontrole tohoto přístroje certifikovaným subjektem. Pokud poskytovatel nesplnil podmínku podle předchozí věty, agregovaná úhrada podle odstavce 1 bez navýšení podle bodu 1 písm. a) až e) se vynásobí 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 uvedeném ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Splnění podmínek podle věty první až třetí je vyhodnoceno k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce.

¹ V případě, že se od 1.1.2027 nezmění podmínky frekvence vykazování výkonů screeningu děložního hrdla, bude pro uznání měsíční agregované úhrady vyžadováno absolvování preventivní prohlídky v posledních 24 měsících (stejně jako v roce 2026).

*Dohodovací řízení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 1 protokolu*

5. Celková výše měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, u kterých byla splněna podmínka uvedená v bodě 3 k poslednímu dni daného kalendářního měsíce, a měsíční agregované úhrady na jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny vypočtené podle bodu 1 písm. a) až d), pokud byly splněny podmínky bodu 4, jinak měsíční agregované úhrady podle bodu 4.
6. Poskytovatel vykazuje následující výkony, které mají pouze povahu signálních výkonů pro vykazování kontaktu registrované pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a pro vyhodnocení podmínek měsíční agregované úhrady:
 - a) výkon č. 63021 podle seznamu výkonů v případě provedení komplexního vyšetření gynekologem při převzetí a registraci pojištěnky do péče,
 - b) výkon č. 63050 podle seznamu výkonů v případě provedení preventivní prohlídky gynekologem,
 - c) výkon č. 09215 podle seznamu výkonů v souvislosti s vykazáním zvlášť účtovaného léčivého přípravku nebo zvlášť účtovaného materiálu.
7. V případě, že poskytovatel v rámci nepravdivé péče ošetří pojištěnku, která u něj není registrována, vykazuje tuto péči výhradně prostřednictvím výkonů č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů jako nepravdivou péči, přičemž tyto výkony jsou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.
8. Pokud úhrada za hrazené služby poskytnuté registrovaným pojištěnkám poskytovatele neregistrujícím poskytovatelem v odbornosti 603 podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb podle částí C až F, přesáhne 10 % z celkové výše úhrady poskytovateli, pak se část úhrady za tuto péči tento limit přesahující odečte v plné výši z úhrady registrujícímu poskytovateli.
9. Úhrada dle bodu 1 písm. e) a bodu 8 této části bude finančně vypořádána nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada hrazených služeb poskytnutých těhotným pojištěnkám

1. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanoví úhrada ve výši podle písmen a) až c) za podmínek stanovených v písmenech d) až i):
 - a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši **2 489 Kč**.
 - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši **3 801 Kč**.
 - c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši **5 322 Kč**.
 - d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství potratem a v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství mimo zdravotnické zařízení.
 - e) Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí úhrad podle písmen a) až c) a které slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.
 - f) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů a nahlášení této registrace zdravotní pojišťovně nejpozději zároveň s vykazáním těchto hrazených služeb.
 - g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), nejsou v průběhu těhotenství zdravotní pojišťovnou hrazeny žádné výkony s výjimkami uvedenými v částech A a D.
 - h) Úhrada za péči o těhotné pojištěnky vypočtená podle písmen a) až c) se vynásobí koeficientem 1, ke kterému se při splnění následujících podmínek ultrazvukových a genetických vyšetření přičtou tyto koeficienty:
 - i. koeficient genetických vyšetření ve výši:
 - I. 0,05 v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykazány

*Dohodovací řízení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 1 protokolu*

výkony v rámci odborností 208 nebo 816 podle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl geneticky testovaných pojištěnek“) nepřesáhne hranici 20 %,

- II. -0,05 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - III. -0,10 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek přesáhne hranici 60 %,
- ii. koeficient konziliárních ultrazvukových vyšetření ve výši:
 - I. 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 podle 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 %,
 - II. -0,05 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - III. -0,10 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu přesáhne hranici 60 %.
 - i) Za těhotnou pojištěnku se pro účely úhrady podle písmene h) považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 1 písm. a), b) nebo c).
 - j) Koeficienty podle písmene h) podbodů i. a ii. se nepoužijí v případě, že měl poskytovatel v průběhu hodnoceného období ve své péči méně než 10 těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny.
 - k) Úhrada podle písmene h) se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

C) Úhrada hrazených služeb v rámci léčby neplodnosti

1. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A se pro poskytovatele odbornosti 603 stanoví úhrada ve výši **848 Kč** za hrazené služby v souvislosti s vyšetřením a léčbou neplodnosti, které zahrnují vyšetření ženy a jejího partnera, nastavení léčby a v případě neúspěchu předání do centra asistované reprodukce. Hrazené služby podle předchozí věty zdravotní pojišťovna uhradí maximálně dvakrát za rok, maximálně šestkrát za život pojištěnky.
2. V rámci úhrady služeb asistované reprodukce jsou v souvislosti s léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce hrazeny následující výkony:
 - a) Výkon č. 63935 – Rozšířený management léčby neplodnosti v centru asistované reprodukce včetně spermioqramu se stanovenou výší úhrady ve výši **2 231 Kč**.
 - b) Výkon č. 63936 – Rozšířený management léčby neplodnosti v centru asistované reprodukce bez spermioqramu se stanovenou výší úhrady ve výši **1 925 Kč**.
3. Pro hrazené zdravotní služby v souvislosti s IVF a IUI vykazované centry asistované reprodukce (smluvní odbornost 613) výhradně prostřednictvím níže uvedených dohodnutých balíčkových kódů/ výkonů (kódy VZP) je úhrada stanovena následovně:
 - a) Stimulace a punkce ve výši **22 954 Kč**
 - b) Oplodnění a kultivace embryí ve výši **12 400 Kč**
 - c) Embryotransfer ve výši **6 128 Kč**
 - d) Příprava pro KET ve výši **3 000 Kč**
 - e) Zhodnocení embryotransferu ve výši **500 Kč**
 - f) IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů ve výši **1 646 Kč**
 - g) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu ve výši **13 200 Kč**
 - h) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI ve výši **1 668 Kč**

*Dohodovací řízení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 1 protokolu*

- i) Intrauterinní inseminace (IUI) ve výši **4 660 Kč**
 - j) Odběr a uchování zárodečných buněk - oocytů - u indikovaných pacientů ve výši **27 039 Kč**
 - k) Odběr a uchování zárodečných buněk - spermií - u indikovaných pacientů ve výši **5 625 Kč**
 - l) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce - oocytů – u indikovaných pacientů ve výši **2 580 Kč**
 - m) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce - spermií – u indikovaných pacientů ve výši **2 580 Kč**
4. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodě 2 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

D) Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb

1. Za každou epizodu péče nebo kontakt s pojištěncem v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkonem č. 63050, 63053 a 63055 podle seznamu výkonů v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada následujícím způsobem:
 - a) u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou ve výši **224 Kč**,
 - b) u pojištěnce ve věku od 6 do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou ve výši **168 Kč**,
 - c) u pojištěnce ve věku od 12 do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou ve výši **112 Kč**,
 - d) u pojištěnce od dovršení věku 18 let se hradí VZP výkon č. 01543 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou ve výši **90 Kč**.
2. Za následující hrazené služby se úhrada stanoví takto:
 - a) Za výkon konziliárního vyšetření v rámci kolposkopické expertízy (vykázaný výkonem č. 63063 -Kolposkopická expertíza podle seznamu výkonů) se stanovuje úhrada ve výši **1 232 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkony č. 63417, 63532 a související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
 - b) Za konziliární superspecializované ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatalní péče vykázané výkonem č. 63415 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **1 409 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - c) Za výkon č. 63311 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **2 086 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkon 63415 a související klinická vyšetření.
 - d) Za výkon č. 63319 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **2 848 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za výkon 63415 a související klinická vyšetření.
 - e) Za vyšetření urogynekologem vykázané výkonem č. 63701 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **623 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - f) Za urogynekologické ultrazvukové vyšetření vykázané výkonem č. 63703 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **687 Kč**. V této úhradě je zahrnuta i úhrada výkonu č. 63417 podle seznamu výkonů.
 - g) Za výkon č. 06211 – Návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí porodní asistentkou, č. 06135 – Výkon v době mezi 22-06 hodin a č. 06137 – Výkon v den pracovního klidu nebo pracovního volna dle seznamu výkonů ve výši **1,03 Kč**.
 - h) Za výkon č. 10 – Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě dle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši **1,32 Kč**.
 - i) Výkon č. 39115 – Kompletní spermioqram dle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši **1,05 Kč**,
 - j) Pro výkony urogynekologické péče vykazované výkony podle kapitol 706 a 716 seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,05 Kč**.

*Dohodovací řízení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 1 protokolu*

- k) Pro výkony dětské gynekologie č. 64021, 64022, 64023, 64111, 64113, 64115 a 64215 podle seznamu výkonů vykazovaných u neregistrované pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši **1,05 Kč**.
 - l) Pro výkony č. 02125, 01186, 01188, 15118, 15119, 15120, 15121, 63511, 63531, 63547, 63651 a 82053 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,05 Kč**.
3. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál použité při poskytování hrazených služeb.
4. Pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 604 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,05 Kč**.

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

1. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech jsou uvedena v písmenech a) a b).
- a) Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 115 % 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.
 - 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 výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony č. 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. 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 výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
2. Regulační omezení podle bodu 1 písmena a) a b) se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1 písmena a) nebo b).
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodu 1 písmena a) a b) přiměřeně upraví.
4. 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 bodu 1 písmena a) a b) referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
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 ordinačních hodin týdně, regulační omezení podle bodu 1 písmena a) a b) se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců podle první věty přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

*Dohodovací řízení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 1 protokolu*

6. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % celkového objemu úhrady za hodnocené období podle částí A až D.
7. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1 písmena a) a b).

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

2. Úhrada za veškerou péči související s provedením hrazených služeb podle bodu 1 je zahrnuta v agregované úhradě, zejména jde o:
 - a) vyšetření nutné k příjmu pojištěnce do péče,
 - b) vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce do domácího ošetřování,
 - c) operační výkon,
 - d) veškerá vyšetření související s operačním výkonem,
 - e) kompletní anesteziologická péče, zejména vyšetření anesteziologem, anestézie a kontrolní vyšetření,
 - f) zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky související s výkonem, a to k operačnímu výkonu i anestézii,
 - g) ošetrovatelská péče a náklady spojené s pobytem pojištěnce na lůžku.
3. V jeden den je poskytovateli na pojištěnce uhrazena pouze jedna hrazená služba podle bodu 1, kromě případů, kdy zdravotní pojišťovna před poskytnutím hrazené služby odsouhlasila jiný rozsah poskytnutých hrazených služeb.

Zdravotní služby zahrnuté podle bodu 2 v hrazené službě podle bodu 1 jiný poskytovatel poskytne jako péči vyžádanou poskytovatelem hrazené služby podle bodu 1.

G) Úhrada za týmovou praxi

1. Navýšení měsíční agregované úhrady za týmovou praxi o **6 Kč** náleží poskytovateli v odbornosti ambulantní gynekologické péče podle seznamu výkonů zřizujícímu samostatně organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (dále jen „pracoviště týmové praxe“), pokud tento poskytovatel v daném měsíci hodnoceného období splňoval u tohoto pracoviště všechny následující podmínky:
 - a) poskytování zdravotních služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno minimálně 2,0 úvazky lékaře L3, přičemž alespoň jeden lékař má 0,8 úvazku v rozsahu 20 hodin / týdně,
 - b) Poskytovatel poskytuje na pracovišti týmové praxe hrazené služby v rozsahu alespoň 50 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dní týdně, přičemž v rámci ordinační doby:
 - má alespoň 8 ordinačních hodin denně,
 - odpolední a dopolední hodiny jsou přizpůsobeny lokální situaci a potřebě,
 - c) pokud má poskytovatel u pracoviště týmové praxe více míst poskytování, pak musí být na hlavním místě poskytování ordinační hodiny alespoň 40 hodin/ týdně. Zároveň musí být vzdálenost mezi místy poskytování maximálně 30 km.

*Dohodovací řízení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb
Příloha č. 1 protokolu*

- d) poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu se zpětným potvrzením termínu a aktivně jej využívá ke komunikaci se zdravotní pojišťovnou a pojištěncem,
 - e) na pracovišti týmové praxe je k dispozici po celou ordinační dobu administrativní pracovník, který aktivně zajišťuje komunikaci mezi poskytovatelem, pojištěncem a zdravotní pojišťovnou,
 - f) poskytovatel průběžně registruje na pracovišti týmové praxe nové pojištěnce až do kapacity minimálně 2 000 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven na 1,0 úvazku.
2. V případě, že poskytovatel na pracovišti týmové praxe splnil podmínky pro přiznání navýšení měsíční agregované úhrady v bodě 1 a zároveň splní následující podmínky, bude na tomto pracovišti navýšena měsíční agregovaná platba o 5 Kč, pokud bude na pracovišti týmové praxe pro účely předporodní péče o pojištěnku a péče o matku v šestinedělí k dispozici porodní asistentka S2 – porodní asistentka s odbornou způsobilostí či S3 – porodní asistentka se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí v minimálním rozsahu 20 hodin / týdně a zároveň bude u pojištěnek pojišťovny registrovaných na tomto pracovišti aktivně vykazována péče prostřednictvím výkonů dle části D bod 2 písmena g).
3. Pokud poskytovatel doloží splnění podmínek uvedených v bodu 1 písmena a) až f), resp. bodu 2 této části, bude mu měsíční agregovaná úhrada této části navýšena od měsíce, ve kterém podmínky splnil.

Návrh ČLK na úhradu v segmentu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb pro rok 2027

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení

A) Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku

1. Měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku pro poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů (dále jen „měsíční agregovaná úhrada“) se stanoví ve výši 89 Kč za jednu registrovanou pojištěnku, přičemž tato částka se dále navyšuje o:
 - a) 12 Kč, pokud je zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, to jest působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, a 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 nepřesáhne více než 30 kalendářních dnů,
 - b) 12 Kč, pokud poskytovatel souhrnně na všech pracovištích poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených minimálně do 4 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinální doby od 7 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18 hodin; nebo pokud poskytovatel souhrnně na všech pracovištích poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinálních hodin rozložených minimálně do 4 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinální doby od 7 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18 hodin a zároveň doloží, že všichni lékaři, kteří na pracovišti působí jako nositelé výkonů, poskytují po celý rok 2027 alespoň jeden den v týdnu hrazené služby u poskytovatele lůžkových zdravotních služeb nebo poskytovatele jednodenní péče.
 - c) 3 Kč, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, které je platné po celé hodnocené období; pokud poskytovatel vedle platné akreditace doloží, že alespoň v části

období od 1.1.2027 do 31.12.2027 na svém pracovišti vzdělával alespoň jednoho školence, navýší se měsíční agregovaná úhrada o 12 Kč.

- d) 3 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období,
 - e) 10 Kč, pokud poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 60 % registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. prosinci hodnoceného období.
2. Měsíční agregovanou úhradou jsou uhrazeny hrazené služby poskytované registrovaným pojištěnkám v tomto rozsahu:
 - a) preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související,
 - b) telefonické konzultace ošetřujícího lékaře pacientem,
 - c) minimální kontakt lékaře s pacientem,
 3. Nárok na měsíční agregovanou úhradu podle bodu 1 za daný kalendářní měsíc za registrovanou pojištěnku vzniká registrujícímu poskytovateli, pokud u ní byla tímto poskytovatelem v 24 kalendářních měsících předcházejících danému kalendářnímu měsíci provedena preventivní prohlídka vykázaná výkonem č. 63021 nebo 63050 podle seznamu výkonů. Pro účely předchozí věty jsou zohledněny pouze výkony č. 63021 a 63050 podle seznamu výkonů vykázané nejpozději k desátému dni daného kalendářního měsíce a uznané zdravotní pojišťovnou, přičemž k později vykázaným výkonům se pro účely měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc nepřihlíží.
 4. Celková výše měsíční agregované úhrady za daný kalendářní měsíc se vypočte jako součin počtu registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, u kterých byla splněna podmínka uvedená v bodě 3 k poslednímu dni daného kalendářního měsíce, a měsíční agregované úhrady na jednu registrovanou pojištěnku příslušné zdravotní pojišťovny vypočtené podle bodu 1 písm. a) až d).
 5. Hrazené služby nezahrnuté do měsíční agregované úhrady a neuvedené v části B až D poskytnuté registrovaným pojištěnkám a hrazené služby poskytnuté neregistrovaným pojištěnkám jsou hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč.
 6. Úhrada podle bodu 1 písm. e) se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada hrazených služeb poskytnutých těhotným pojištěnkám

1. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanoví úhrada ve výši podle písmen a) až c) za podmínek stanovených v písmenech d) až i):
 - a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 2 488 Kč.
 - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 3 800 Kč.

- c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 5 316 Kč.
- d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství potratem a v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení poskytovatel vykazuje signální výkon ukončení těhotenství mimo zdravotnické zařízení.
- e) Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí úhrad podle písmen a) až c) a které slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.
- f) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů a nahlášení této registrace zdravotní pojišťovně nejpozději zároveň s vykazáním těchto hrazených služeb.
- g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), nejsou v průběhu těhotenství zdravotní pojišťovnou hrazeny žádné výkony s výjimkami uvedenými v částech A – měsíční agregovaná úhrada a D.
- h) Úhrada za péči o těhotné pojištěnky vypočtená podle písmen a) až c) se vynásobí koeficientem 1, ke kterému se při splnění následujících podmínek ultrazvukových a genetických vyšetření přičtou tyto koeficienty:
 - i. koeficient genetických vyšetření ve výši:
 - I. 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 podle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl geneticky testovaných pojištěnek“) nepřesáhne hranici 20 %,
 - II. –0,05 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - III. –0,10 v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek přesáhne hranici 60 %,
 - ii. koeficient konziliárních ultrazvukových vyšetření ve výši:
 - I. 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 podle 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 %,

- II. -0,05 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními ploduje větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
 - III. -0,10 v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu přesáhne hranici 60 %.
- i) Za těhotnou pojištěnku se pro účely úhrady podle písmene h) považuje pojištěnka, na kterou byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo hrazené služby podle bodu 1 písm. a), b) nebo c).
 - j) Koefficienty podle písmene h) podbodů i. a ii. se nepoužijí v případě, že měl poskytovatel v průběhu hodnoceného období ve své péči méně než 10 těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny.
 - k) Úhrada podle písmene h) se finančně vypořádá nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

C) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A se stanoví úhrada ve výši 848 Kč za hrazené služby v souvislosti s vyšetřením a léčbou neplodnosti, které zahrnují vyšetření ženy a jejího partnera, nastavení léčby a v případě neúspěchu předání do centra asistované reprodukce. Hrazené služby podle předchozí věty zdravotní pojišťovna uhradí maximálně dvakrát za rok, maximálně šestkrát za život pojištěnky.
2. Hrazené služby podle § 15 odst. 3 a § 38a zákona jsou hrazeny podle bodu 3.
3. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
 - a) IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů 1 646 Kč,
 - b) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí 19 119 Kč,
 - c) kompletní IVF cyklus s transferem embryí 39 773 Kč,
 - d) kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya 39 773 Kč,
 - e) použití darovaných oocytů při IVF cyklu 13 200 Kč,
 - f) použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI 1 668 Kč,
 - g) intrauterinní inseminace (IUI) 4 310 Kč,
 - h) odběr a uchování zárodečných buněk – oocytů – u indikovaných pacientů 27 039 Kč,
 - i) odběr a uchování zárodečných buněk – spermií – u indikovaných pacientů 5 625 Kč,
 - j) uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – oocytů – u indikovaných pacientů 2 580 Kč,
 - k) uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – spermií – u indikovaných pacientů 2 580 Kč.
4. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodě 2 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

D) Úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb

1. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnců ode dne dovršení 18 let v souvislosti s klinickým vyšetřením nebo výkony č. 63050, 63053 a 63055

podle seznamu výkonů v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 89 Kč. U pojištěnců do 18 let se použijí výkony podle § 18 odst. 2.

2. Za následující hrazené služby se úhrada stanoví takto:
 - a) Za konziliární vyšetření v rámci kolposkopické expertízy vykázané výkonem č. 63063 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 130 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - b) Za konziliární superspecializované ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatalní péče vykázané výkonem č. 63415 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 655 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - c) Za výkon č. 63311 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 409 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - d) Za výkon č. 63319 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 2 054 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - e) Za vyšetření urogynekologem vykázané výkonem č. 63701 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 623 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada za související klinická vyšetření.
 - f) Za urogynekologické ultrazvukové vyšetření vykázané výkonem č. 63703 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 687 Kč. V této úhradě je zahrnuta i úhrada výkonu č. 63417 podle seznamu výkonů.
 - g) Pro výkony urogynekologické péče vykazované výkony podle kapitol 706 a 716 seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.
 - h) Pro výkony č. 02125, 01186, 01188, 15118, 15119, 15120, 15121, 63511, 63531, 63547, 63651 a 82053 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.
3. Nad rámec měsíční agregované úhrady podle části A jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál použité při poskytování hrazených služeb.
4. Pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem v odbornosti 604 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

E) Regulační omezení

1. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech jsou uvedena v bodech 1.1 a 1.2.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 115 % 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.

- 1.2 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 výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony č. 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. 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 výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 přiměřeně upraví.
4. 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 bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
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 ordinačních hodin týdně, regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců podle první věty přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
6. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % celkového objemu úhrady za hodnocené období podle částí A až D.
7. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.

F) Agregovaná úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků

1. Pro hrazené služby podle tabulky se stanoví agregovaná úhrada v následující výši:

Název výkonu	Úhrada
Revize po spontánním potratu	17 882 Kč
Marsupializace, exstirpace nebo incize abscesu nebo cysty bartolinské žlázy, drenáž, chemická exstirpace	19 528 Kč
Konizace cervixu, jakákoliv technika s výjimkou užití laseru	19 528 Kč
Hysteroskopie diagnostická	19 528 Kč
Operační hysteroskopie	19 528 Kč

2. Úhrada za veškerou péči související s provedením hrazených služeb podle bodu 1 je zahrnuta v agregované úhradě, zejména jde o:
 - a) vyšetření nutné k příjmu pojištěnce do péče,
 - b) vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce do domácího ošetřování,
 - c) operační výkon,
 - d) veškerá vyšetření související s operačním výkonem,
 - e) kompletní anesteziologická péče, zejména vyšetření anesteziologem, anestézie a kontrolní vyšetření,
 - f) zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky související s výkonem, a to k operačnímu výkonu i anestézii,
 - g) ošetrovatelská péče a náklady spojené s pobytem pojištěnce na lůžku.
3. V jeden den je poskytovateli na pojištěnce uhrazena pouze jedna hrazená služba podle bodu 1, kromě případů, kdy zdravotní pojišťovna před poskytnutím hrazené služby odsouhlasila jiný rozsah poskytnutých hrazených služeb.
4. Zdravotní služby zahrnuté podle bodu 2 v hrazené službě podle bodu 1 jiný poskytovatel poskytne jako péči vyžádanou poskytovatelem hrazené služby podle bodu 1.

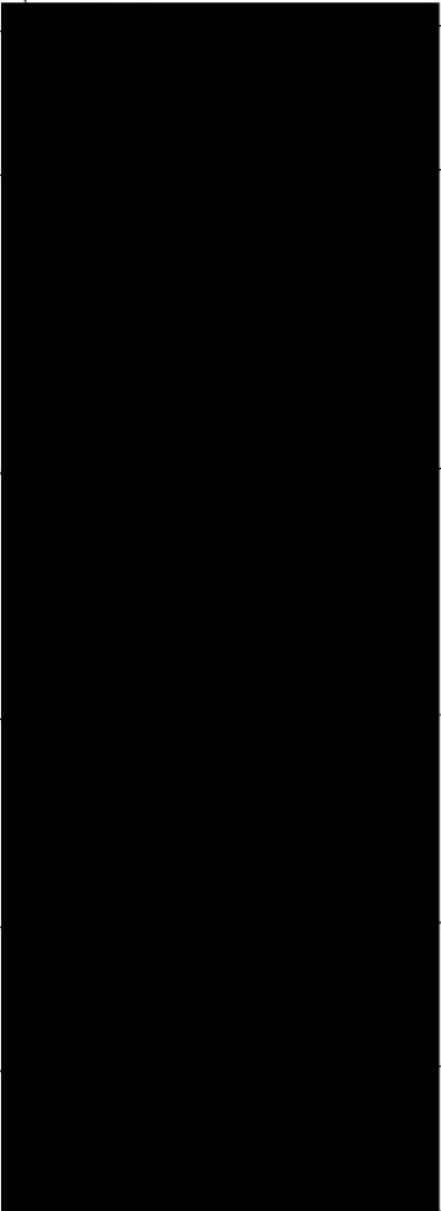
Prezenční listina

Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2027


Datum: 26. května 2026

Místo: Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Drahobejlova 1404/4, Praha 9
(zasedací místnost č. 306)

Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VoZP	Marek Beneš Petr Hrabák	
ČPZP	Renata Knorová	
OZP	Jiří Šťáhlavský	
ZPMV	Radovan Víšek	
ZPŠ	Petr Šmadr	
RBP	Petr Rydval	

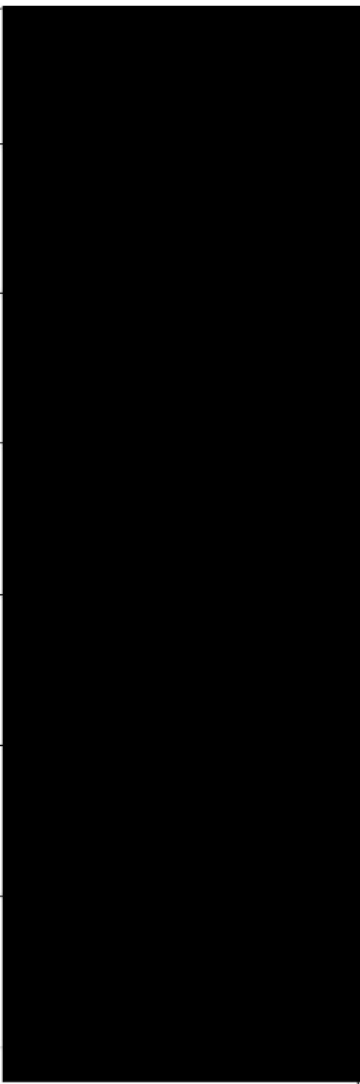
Zástupci VZP

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VZP ČR	LIBUŠE DŘEMALOVÁ	
VZP ČR	MARLETA HALVÁ	
VZP ČR	MIROSLAV JANUŠ	
VZP ČR	MRTVA'ZEK	

Zástupci MZČR

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis

Zástupci poskytovatelů: Ambulantní gynekologické služby

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
APFIMED	Eva Šebková	
ANCR	Ivana Koudelková	
ČLK o.s	EVA KUČHOVÁ	
AS GRM	KADLEC	
SSC od	DUVČÁK	
SSG ER	ŠMUTEM	
dlo	NOVÝ	