

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

Společný návrh VZP ČR a SZP ČR

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 7

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2027 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2027, poskytovatelem vykázané do 28. února 2028 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. dubna 2028. Úhrada za hrazené služby vykázané po 31. březnu 2028 se násobí koeficientem 0,95.

Referenčním obdobím se rozumí 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.

Ordinačními hodinami se rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou účinné k 1. 1. 2027 (případně úpravy k datu 1. 1. 2027 musí poskytovatel oznámit do 31. 1. 2027), přičemž se jedná o dobu, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí.

Návrh je předložen za podmínky mimořádné valorizace platby za státní pojištěnce od 1.1.2027 v ročním finančním objemu 25 mld. Kč.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady za následující hrazené služby se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony, přičemž tyto hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3:
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 350, 355, 370, 920, 922 a 935 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 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,00 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 306, 360 a 931 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,15 Kč.
 - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 0,94 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 0,82 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 1,25 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 0,89 Kč.
 - g) Pro výkony č. 18513 a 18515 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 108 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,18 Kč.
 - h) Pro výkony
 - i. č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů,

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

- poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,30 Kč,
- ii. 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 0,93 Kč,
 - iii. č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč,
 - iv. 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 1,00 Kč,
 - v. 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 1,00 Kč,
 - vi. č. 75022 podle seznamu výkonů, vykázané společně s výkonem č. 02040 nebo 02041 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu podle bodu 2.
- i) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,00 Kč, přičemž bonifikace podle písmene m) podbodu iii. se nepoužije.
 - j) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,98 Kč, přičemž úhrada za výkony č. 47355 podle seznamu výkonů se dále v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období, přepočítává koeficientem podle následující tabulky:

Celkový počet výkonů č. 47355 podle seznamu výkonů vykázaných poskytovatelem všem zdravotním pojišťovnám v hodnoceném období v průměru na jeden soubor přístrojového vybavení nezbytný pro provedení tohoto výkonu, nasmlouvaný k 1. lednu hodnoceného období	Méně než 1825	1825 až 3650	Více než 3650
Koeficient přepočtení úhrady za výkony č. 47355 podle seznamu výkonů	0,75	1,00	1,02

- k) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům do dne dosažení 15 let, s výjimkou hrazených služeb podle písmen a) až j), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,98 Kč.
- l) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům za epizodická vyšetření pro odbornosti 101, 103, 104, 107, 108 a 207 se stanoví hodnota bodu ve výši 0,98 Kč. Tato péče nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady v bodě 3. Epizodickým vyšetřením se rozumí:
 - i. Jednorázový kontakt, tj. veškerá péče poskytnutá pojištěnci v dané odbornosti, u něhož byl v hodnoceném období u téhož poskytovatele vykázan právě jeden kontakt a současně celkový objem této péče nepřesáhl 1 500 bodů, nebo

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

- ii. Konziliární vyšetření, tj. veškerá péče indikovaná pojištěnci v odbornosti 001 a 002, u něhož byl v hodnoceném období u téhož poskytovatele vykázány maximálně dva kontakty a současně byla tato péče vykázána na dokladu 06.
- m) Hodnota bodu uvedená v písmenech a) až l) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
- i. 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; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 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,
 - ii. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních 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“), jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 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, který má nasmlouvanu jednu nebo více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek,
 - iii. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v podbodě ii. a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, o 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech 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

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

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,
 - vii. 0,03 Kč pro OD 00041, 00042 a 00043 podle seznamu výkonů.
 - viii. 0,02 Kč pro odbornost 101, 103, 104, 107, 108 a 207 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % unikátně ošetřených pojištěnců, přičemž do počtu unikátně ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, do počtu pojištěnců se započítávají pojištěnci, u kterých bylo provedeno epizodické vyšetření definované v bodě 1. odst. I), a zároveň podíl unikátně ošetřených pojištěnců s epizodickým vyšetřením z celkového počtu unikátně ošetřených pojištěnců nepřesáhne 30 %.
 - ix. 0,02 Kč pro odbornosti 350, 355, 360, 370, 920, 922, 935, 305, 306, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů v případě, pokud počet unikátních ošetřených pojištěnců, u nichž bylo vykázáno dlouhodobě působící depotní antipsychotikum (dále jen „pojištěnci s depotní léčbou“), tvoří alespoň 2 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců daného poskytovatele, nebo o 0,03 Kč v případě, pokud pojištěnci s depotní léčbou tvoří alespoň 10 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců daného poskytovatele.
 - x. 0,02 Kč pro odbornosti 350, 355, 370, 920, 922, 935, 305, 308, 309, 901, 910 a 919 v případě, pokud podíl unikátních ošetřených pojištěnců, kteří v průběhu hodnoceného období nedosáhnou 25 let věku, tvoří alespoň 10 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců daného poskytovatele.
- n) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. m) podbodů iii. a x. 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 bodů 1 a 7, se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 0,98 Kč a následujícími navýšeními:
- 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; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

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) 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 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, který má nasmlouvanu jednu nebo více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek,
- c) 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v písmenu b) a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, o 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán 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) 0,02 Kč pro odbornost 101, 103, 104, 107, 108 a 207 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % unikátně ošetřených pojištěnců, přičemž do počtu unikátně ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, do počtu pojištěnců se započítávají pojištěnci, u kterých bylo provedeno epizodické vyšetření definované v bodě 1. odst. l), a zároveň podíl unikátně ošetřených pojištěnců s epizodickým vyšetřením z celkového počtu unikátně ošetřených pojištěnců nepřesáhne 30 %.
3. Celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(KR + KN) * (POPzpoZ * PURO_0 + \max[(KR + KN) * PURO_0 * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

kde:

KR je koeficient růstu pro odbornosti 101, 103, 104, 107, 108 a 207 ve výši 1,00, pro ostatní odbornosti ve výši 1,06.

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

- POP_{zpoZ}** 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.
- POP_{zpoMh}** 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 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.
- PUR_O** je přepočtená průměrná úhrada za výkony v referenčním 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, přičemž do výpočtu se nezahrne veškerá péče poskytnutá pojištěnci v dané odbornosti uvedená v bodě 1 písm. j) a k) a stanoví se následovně:

$$PUR_{O} = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{((PB_{ref} * HB_{min}) + ZUM_{ROO} + ZULP_{ROO})}{POP_{ref}} \right\}$$

Kde:

- UHR_{ref}** je celková výše úhrady poskytovatele v dané odbornosti za hrazené služby podle bodu 2 včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období.
- POP_{ref}** 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.
- PB_{ref}** je celkový počet bodů za vykazané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období podle seznamu výkonů.
- HB_{min}** je minimální hodnota bodu pro výpočet PUR_O, která činí 0,87 Kč.

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

- 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.
- 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 ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud 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 ošetřené 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 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 ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud 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 ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.
- KN* koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:
- a) 0,02 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději 31. ledna hodnoceného nebo referenčního období doložil, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických 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 respektive referenční období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do 1 měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručil zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečinilo více než 30 kalendářních dnů.
 - b) 0,02 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, jinak alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

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, který má nasmlouvanu jednu nebo více odborností a podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin plní na jednom nebo více pracovištích (IČP), přičemž ordinační hodiny se v tomto případě za jednotlivá pracoviště a odbornosti hodnotí jako celek.

- c) 0,04 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin uvedenou v písmenu b) a zároveň ošetří alespoň 10 % pojištěnců, nebo u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon, s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, a pokud poskytovatel nesplňuje podmínky tohoto navýšení, 0,01 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném, respektive referenčním období ošetřil alespoň 5 % pojištěnců nebo u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v předchozích třech kalendářních letech 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 nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
 - e) 0,08 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.
 - f) 0,02 Kč pro odbornost 101, 103, 104, 107, 108 a 207 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % unikátně ošetřených pojištěnců, přičemž do počtu unikátně ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů, do počtu pojištěnců se započítávají pojištěnci, u kterých bylo provedeno epizodické vyšetření definované v bodě 1. odst. 1), a zároveň podíl unikátně ošetřených pojištěnců s epizodickým vyšetřením z celkového počtu unikátně ošetřených pojištěnců nepřesáhne 30 %.
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

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Za nově nasmlouvané výkony dle věty první se nepovažují výkony č. 15407 a 15409, pokud měl poskytovatel v referenčním období nasmlouván některý z výkonů č. 15404 a 15405.

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 výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,26 Kč, přičemž tyto hrazené služby nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3. Léčivé přípravky, kterým se stanoví úhrada podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 1 až 3.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 106 % úhrady za referenční období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna dále zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) 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., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška 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 115 % 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

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

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 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. 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, výkony screeningu karcinomu děložního hrdla, výkony screeningu kolorektálního karcinomu, výkony screeningu včasného zachytu karcinomu plic 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 3 a 4 se nepoužije u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů. Regulační omezení podle bodu 2 se u poskytovatelů podle věty první uplatní jen na tu část překročení, o kterou 115 % průměrné úhrady referenčního období bylo překročeno v důsledku navýšení objemu individuálně připravovaných léčivých přípravků oproti referenčnímu období, nejvýše na překročení v rozsahu navýšení úhrady za individuálně připravované léčivé přípravky oproti referenčnímu období.
7. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.

DŘ 2027 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb

8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

**Návrh zástupců poskytovatelů segmentu AS
pro dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2027
v segmentu ambulantních specialistů**

27.5.2026

Základní teze:

V roce 2027 uplatnit následující úhradové principy:

- S ohledem na neexistenci adekvátních dat pro možnost zhodnocení dopadu návrhu VZP ČR na smluvní poskytovatele ve vybraných odbornostech a s ohledem na nemožnost akceptace návrhu SZP, **navrhujeme i v roce 2027 zachovat stávající úhradový mechanismus s následujícím doplněním:**
- Hodnotu bodu a další úhradové parametry pro rok 2027 nastavit tak, aby byl za stejnou výkonovou produkci garantován meziroční nárůst úhrad minimálně o 6 %. Tento návrh předkládáme s cílem dosáhnout společného konsenzu při jednání se zdravotními pojišťovnami; předesíláme však, že se jedná s ohledem na nárůst nákladů, zejména v oblasti mzdových nákladů a materiálových nákladů, o minimální požadavek;
- zachovat jednotnou hodnotu bodu pro všechny odbornosti regulované přes PURO;
- regulaci maximální úhradou (podle PURO v roce 2025) akceptovat za podmínky, že v limitu pro rok 2027 bude plně zohledněna valorizace režijních a mzdových nákladů a nárůst léčebně náročných pacientů, přičemž bude zachována minimální hodnota bodu pro výpočet PURO, a to ve výši základní hodnoty bodu v referenčním období, ze kterého se hodnota PURO počítá;
- znovu zakotvit přepočtení hodnoty PURO podle seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném v hodnoceném období, tj. ve znění od 1.1.2027; snížit hranici limitu pro zařazení mezi mimořádně nákladné pojištění; zrušit malusy při výpočtu limitu;
- zrušit regulační limity pro léky, zdravotnické prostředky, vyžádanou péči a ZUM/ZULP; v případě zachování tohoto typu regulace:
 - o nastavit regulační limity adekvátně reálným cenám za tyto komodity v hodnoceném období v porovnání s referenčním obdobím, přičemž s ohledem na judikaturu Ústavního soudu je třeba zachovat prostor pro neuplatnění regulace, pokud poskytovatel musel indikovanou péči poskytnout;
 - o regulační limit vázat i na celostátní průměr hodnoceného období v dané odbornosti, který zohlední nové metody, léčiva, odborné postupy;
 - o obnovit princip, že regulace se neuplatní, pokud ZP nepřekročí zdravotně pojistný plán.
- úhradu za výkony 09543 a 09615 zakotvit na úrovni úhrady těchto výkonů u praktických lékařů a ambulantních gynekologů;
- obnovit bonifikaci za položku na elektronickém receptu a zavést tuto bonifikaci i pro elektronické poukazy;

- péči o děti do 18 let vyčlenit mimo regulační limit s tím, že tzv. dětské odbornosti budou celé zařazeny do výkonového systému úhrad;
- respektování rozdílné hodnoty bodu pro psychiatry a klinické psychology pečující o děti a o dospělé, pokud je taková dohoda mezi těmito odbornostmi, a zachování této stejné hodnoty bodu pro jednotlivé ambulance i pro CDZ a ARP. Ztotožňujeme se se stanoviskem, že všechny typy poskytovatelů mají v systému psychiatrické péče své místo, přičemž případné odlišné finanční požadavky CDZ a ARP je třeba řešit transparentně prostřednictvím kalkulace výkonů, nikoli prostřednictvím významně vyšší hodnoty bodu bez konkrétního ekonomického zdůvodnění. Všechny typy poskytovatelů tvoří dohromady síť, která zajišťuje dostupnost psychiatrické a psychologické péče; ekonomické zvýhodnění poskytovatelů, kteří zajišťují objemově menšinu péče, může systém ještě více destabilizovat například odchodem ambulantních psychiatrů a psychologů ze smluvní sítě;
- k bonifikacím:
 - o zachování bonifikace za diplom CŽV, resp. její navýšení (jedná se o jediné bonifikační kritérium, které má souvztažnost s kvalitou poskytované péče);
 - o výši bonifikace za nové pacienty nastavit tak, aby byla motivační i pro poskytovatele v odbornostech pečujících o chronické pacienty;
 - o zrušit bonifikaci za ordinační dobu; pokud bude zachována, je třeba zohlednit věkové složení poskytovatelů a nositelů výkonů, kdy by měla být bonifikována i kratší ordinační doba a v případě jednoho nositele výkonů i při více nasmlouvaných odbornostech a/nebo více místech poskytování;
 - o uznání splnění bonifikačních podmínek i po část roku, pokud poskytovatel začal nebo skončil v průběhu roku;
 - o Zachování, resp. zvětšení rozsahu bonifikačních kritérií týkajících se jednotlivých odborností se zaměřením na kvalitu péče, a to v režimu, v němž jsou tyto užity dosud, resp. dohodnuty se zástupci jednotlivých odborností.

Konkrétní znění návrhu:

Hodnocené období: rok **2027**

Referenční období: rok **2025**

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 905 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,00 Kč.
 - b) 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 0,87 Kč.
 - c) 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 1,33 Kč.

- d) 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 0,94 Kč.
- e) 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 1,27 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 0,99 Kč. Pro výkon č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,96 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 1,06 Kč.
- f) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 301, 302, 405, 409, 502, 604, 704 a 707 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví na výši 1,04 Kč.
- g) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, kteří v hodnoceném období dosáhli 18 let, s výjimkou hrazených služeb podle písmen a) až h), se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč.
- h) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až g) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
- i. 0,08 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 31.1.2027, případně později, v takovém případě bude splněná bonifikace započítána až do konečného vyúčtování hodnoceného období.
 - ii. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2024 do 31. prosince 2026 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů, resp. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2024 do 31. prosince 2026 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů,
 - iii. 0,01 Kč 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.
- i) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. h) podbodů i. a iii. bude poskytovateli uhrazena v rámci měsíční předběžné úhrady během hodnoceného

období, částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle ostatních podbodů bodu) 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 1,04 Kč s následujícími navýšeními:
 - a) 0,08 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 31.1.2027; případně později, v takovém případě bude splněná bonifikace započítána až do konečného vyúčtování hodnoceného období;
 - b) 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v odbornostech 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 (dále jen „operační obory) ošetřil alespoň 10 % pojištěnců, v ostatních odbornostech alespoň 5 % , u nichž v období od 1. ledna 2024 do 31. prosince 2026 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů, resp. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetřil v operačních oborech alespoň 15 % pojištěnců, v ostatních oborech alespoň 10 %, u nichž v období od 1. ledna 2024 do 31. prosince 2026 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů,
 - c) 0,01 Kč 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.
3. Celková výše úhrady za hrazené služby podle bodu 2 v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

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 trojnásobek 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 trojnásobek 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.

PUR_{0o} 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 PUR_{0o} se stanoví následovně:

$$PUR_{0o} = \frac{(PB_{PREPROo} \times HB_{ROo}) + ZUM_{ROo} + ZULP_{ROo}}{POP_{ROo}}$$

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:

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

Pokud $HB_{ROo} < 1,00$, vstupuje do výpočtu PUR_{0o} hodnota $HB_{ROo} = 1,00$.

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

PB_{ROo} je celkový počet bodů za vykazané 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 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 trojnásobek 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 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 trojnásobek 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) 0,08 – 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 31.1.2027; případně později,
- b) 0,02 – pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období v operačních oborech ošetří alespoň 10 % pojištěnců, v ostatních odbornostech alespoň 5 % , u nichž v období od 1. ledna 2024 do 31. prosince 2026 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů, resp. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří v operačních oborech alespoň 15 % pojištěnců, v ostatních oborech alespoň 10 %, u nichž v období od 1. ledna 2024 do 31. prosince 2026 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů a na které v hodnoceném období vykázal i jiné výkony kromě výkonu č. 09513 podle seznamu výkonů,
- c) 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) 0,08 – 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.
4. Omezení úhrady dle bodu 3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 28. února 2027 hodnoty z referenčního období, které vstupují do výpočtu limitu úhrady dle bodu 3.
 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 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Dle předchozí věty se postupuje i v případě, kdy poskytovatel výkon nově nasmlouval již v referenčním období, ale nevykazoval jej po celé referenční období.
 7. 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.
 8. Pro výkony 09543, 09555, 09556 a 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,84 Kč.
 9. 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.
 10. 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.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 a 3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2027 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 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 125 % 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 a současně převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu 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 pro danou odbornost v hodnoceném 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 vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
3. 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 a současně převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech pro danou odbornost v hodnoceném 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 vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče podle věty první se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu, a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82301 a 82302 podle seznamu výkonů. 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 2027 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
4. Regulační omezení podle bodů 2 a 3 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 a 3.
5. 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 nepřevýší u této zdravotní pojišťovny 120 % součtu úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
6. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2027 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

7. 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.
8. 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 a 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
9. 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 a 3. 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.
10. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 a 3 maximálně do výše odpovídající 5 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
11. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 a 3 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

Společný návrh zástupců Aliance center duševního zdraví (ACDZ) a Asociace denních stacionářů a krizových center (ADSKC) pro dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2027 v segmentu ambulantních specialistů

Návrh navazuje na **Návrh zástupců poskytovatelů segmentu AS** s navrženou hodnotou bodu pro odbornosti zastropované PURO ve výši 1,04. Cílem je **zachovat stávající systém oddělených hodnot bodu pro ARP a CDZ s vyšší hodnotou oproti odbornostem 305 a 901 o 0,03 Kč při započtení možných bonifikací**. Předpokladem návrhu je zahrnutí CDZ a ARP do bonifikace za zaměstnávání zdravotní sestry v ambulantní psychiatrické péči dle návrhu SAS v případě jeho přijetí.

Dalším cílem je upravit stávající bonifikace stacionářů na znění, které bylo obvyklé v minulých obdobích:

Konkrétní znění návrhu:

Bod A.1 a) stávající vyhlášky:

Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 350, 355, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví na výši 1,12 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 360 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví na výši 1,32 Kč.

Bod A.1 k) stávající vyhlášky: Hodnota bodu uvedená v písmenech a) až j) se dále při splnění následujících podmínek navýší o: <bonifikace shodné s ostatními odbornostmi, včetně bonifikací ambulantní psychiatrické péče navržená dle SAS>

Bod A.1 k) vii. stávající vyhlášky:

0,03 Kč pro poskytovatele vykazující OD 00041 a 00042 podle seznamu výkonů společně s výkony odbornosti 910 a OD 00043 podle seznamu výkonů

Odůvodnění:

- CDZ a ARP poskytují nad rámec obvyklé ambulantní péče odb. 305 péči multiprofesního týmu (u ARP s odb. 914, 901, u CDZ s odb. 914, 901 a sociální služby), péči ve vlastním prostředí pacienta a smluvně zakotvenou dostupnost pro pacienty v určeném regionu (u ARP garance přijetí do 5 pracovních dnů od vyžádání péče a bezodkladné přijetí pacientů s nařízenou ochranou léčbou v rámci smluvené územní oblasti pro návštěvní službu, u komplexního CDZ zahájení péče do 7 dnů od prvního kontaktu s pacientem a nepřetržitá dostupnost péče pro přijaté pacienty 24/7)
- CDZ a ARP mají prokazatelnou efektivitu ve snižování celkové délky psychiatrické hospitalizace u pacientů se závažným duševním onemocněním (u ARP prokazuje VZP na svých datech, u CDZ publikovaný výzkum: Říčan, P., Krupčík, O., Melicharová, H., Benýšková, A., Rektor, J., Pěč, O., & Plecháček, O. (2021). První Vlna Center Duševního Zdraví Z Pohledu Kvantitativní Evaluace I Zkušenosti. Česká a Slovenská Psychiatrie, 117(5), 230–243)

- CDZ pracuje postupem asertivní komunitní léčby, která je již dlouhodobě řazena mezi evidence based postupy v psychiatrii. Dlouhodobě vykazuje klinickou i nákladovou efektivitu.
- **Další rozvoj CDZ a ARP je zakotven v Národním akčního plánu pro duševní zdraví (NAPDZ) s cílem celkově vytvořit 200 ARP do roku 2029 a 100 CDZ do roku 2030. Tato zařízení se v praxi vytvářela po dlouhou dobu po dobu posledních 30 let, zakládali je entuziastičtí kolegové. Prokázali efektivitu těchto zdravotních služeb a nyní jejich rozvoj přijal i do svého programu stát. Program však nemůže být naplněn, pokud se nebudou rekrutovat ze stávajících psychiatrických nebo psychologických ambulancí. Pokud ambulance nebudou motivovány vyšší úhradou, nebude se program rozvíjet, protože kolegové nebudou rozšiřovat svoje služby (rekrutování klinického psychologa/psychiatra, psychiatrických sester, spolupráce se sociální službou) a nebudou řešit složitější organizaci péče.**
- Vznik nových center duševního zdraví, jak je definován v NAPDZ, je aktuálně podporován projektovou výzvou Ministerstva zdravotnictví „Výzva 103+ OPZ – Vznik center duševního zdraví“. Zdravotní část těchto nově vzniklých center má po ročním projektovém provozu v roce 2027 přejít do standardního modelu financování ze zdravotního pojištění. Je proto nezbytné, aby nastavení úhrad umožnilo pokračování činnosti těchto center i po skončení projektového financování. V opačném případě hrozí ukončení jejich provozu, což by znamenalo nejen přerušování dostupnosti potřebné péče, ale také neefektivní využití již vynaložených veřejných prostředků do systému zdravotních služeb.
- Bonifikace pouhých kódů 00041 a 00042 nedává valný smysl. Prakticky jde téměř o signální výkony s velmi nízkou hodnotou. Úhrada fakticky pak spočívá na psychoterapeutických výkonech. Psychoterapeutické a psychiatrické denní stacionáře jsou organizačně i personálně náročnější forma péče. Bonifikace zachycuje skutečně vyšší intenzitu a komplexitu péče. Dalším důvodem jsou odlišné konstrukce časů promítnutých do výkonů (reálné časy namísto průměrných).

Návrh bonifikací ambulantní psychiatrické péče pro rok 2027

SAS 27.5.2026

1) Bonifikace za depotní antipsychotickou léčbu u pacientů s diagnózami F20.0–F29.0

Formulace bonifikačního kritéria:

Poskytovateli ambulantní psychiatrické péče odborností **305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935** se navýší hodnota bodu o **0,02 Kč**, pokud v hodnoceném období dosáhne podíl unikátních ošetřených pojištěnců s diagnózou **F20.0–F29.0**, u nichž bylo vykázáno dlouhodobě působící depotní antipsychotikum jako **ZULP**, alespoň **1 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců** daného poskytovatele.

Splnění kritéria se hodnotí za příslušné zúčtovací období na základě souhrnných dat zdravotních pojišťoven, agregovaná ve statistických výstupech ÚZIS za jednotlivá zdravotnická zařízení.

Výpočet kritéria

$$\frac{\text{počet UOP s dg. F20.0–F29.0 a vykázaným depotním antipsychotikem jako ZULP}}{\text{celkový počet UOP daného ambulantního psychiatrického poskytovatele}} \times 100 \geq 1 \%$$

Zdůvodnění:

Cílem bonifikace je podpořit racionální využívání dlouhodobě působící depotní antipsychotické léčby u pacientů se schizofrenií a příbuznými psychotickými poruchami. Tato onemocnění jsou spojena s vysokým rizikem non-adherence, relapsu, rehospitalizace a dlouhodobého zhoršení sociálního fungování. Depotní antipsychotika představují u vhodně indikovaných pacientů významný nástroj ke zlepšení adherence, prevenci relapsů a stabilizaci dlouhodobého průběhu onemocnění.

Racionální využívání depotní léčby je současně ukazatelem kvality ambulantní psychiatrické péče. Svědčí o tom, že pracoviště aktivně vyhledává pacienty, u nichž je tato forma léčby klinicky vhodná, systematicky pracuje s rizikem non-adherence, zajišťuje pravidelné sledování pacienta a vytváří organizační podmínky pro dlouhodobou kontinuitu léčby. Aplikace depotních antipsychotik je spojena s vyššími organizačními a personálními nároky, včetně plánování aplikací, edukace pacienta, kontroly docházky, sledování účinnosti a nežádoucích účinků a koordinace péče s dalšími službami. Bonifikace proto podporuje pracoviště, která poskytují moderní, proaktivní a kontinuální péči o pacienty se závažným duševním onemocněním, a současně vytváří motivaci k rozvoji péče zaměřené na prevenci relapsů a snížení potřeby akutní a lůžkové psychiatrické péče.

2) Bonifikace za zajištění dostupnosti ambulantní psychiatrické péče pro pojištěnce do 25 let věku

Navržená formulace bonifikačního kritéria

Poskytovateli ambulantní psychiatrické péče odborností **305, 308, 309, 920 a 935** se navýší hodnota bodu o **0,02 Kč**, pokud v hodnoceném období tvoří pojištěnci do **25 let věku** alespoň **5 % z celkového počtu unikátních ošetřených pojištěnců** daného poskytovatele.

Za pojištěnce do 25 let věku se pro účely tohoto kritéria považuje unikátní ošetřený pojištěnec, který ke dni prvního vykázaného ošetření u daného poskytovatele v hodnoceném období **nedovršíl 25 let věku**.

Splnění kritéria se hodnotí za příslušné zúčtovací období na základě souhrnných dat zdravotních pojišťoven, agregovaných ve statistických výstupech ÚZIS za jednotlivá zdravotnická zařízení.

Výpočet kritéria

$$\frac{\text{počet UOP do 25 let věku}}{\text{celkový počet UOP daného ambulantního psychiatrického poskytovatele}} \times 100 \geq 5 \%$$

Zdůvodnění:

Cílem bonifikace je zvýšit dostupnost ambulantní psychiatrické péče pro děti, adolescenty a mladé dospělé, tedy pro skupinu pojištěnců, u níž je dostupnost péče dlouhodobě a výrazně nedostatečná. Motivace ambulancí pro dospělé k přijímání pacientů do 25 let věku může přispět k odlehčení přetíženým ambulancím dětské a dorostové psychiatrie a k plynulejšímu předávání pacientů do péče pro dospělé.

Včasná převzetí mladých pacientů z ambulancí dětské a dorostové psychiatrie je žádoucí zejména z hlediska zachování kontinuity léčby, prevence výpadků v péči, snížení rizika klinického zhoršení a omezení potřeby akutní lůžkové psychiatrické péče. Péče o tuto věkovou skupinu je současně časově i organizačně náročná, často vyžaduje vyšší frekvenci kontaktů, práci s rodinou a koordinaci s dalšími službami. Bonifikace proto podporuje pracoviště, která se aktivně podílejí na zajištění dostupnosti a návaznosti psychiatrické péče pro mladé pacienty.

3) Bonifikace za zaměstnávání zdravotní sestry v ambulantní psychiatrické péči

Navržená formulace bonifikačního kritéria

Poskytovateli ambulantní psychiatrické péče odborností **305, 306, 308 a 309** se navýší hodnota bodu o **0,02 Kč**, pokud v hodnoceném období zaměstnává **všeobecnou sestru nebo sestru se specializovanou způsobilostí setra pro péči v psychiatrii** v rozsahu alespoň **0,5 přepočteného úvazku**.

Za splnění kritéria se považuje zaměstnávání zdravotní sestry v pracovněprávním vztahu k poskytovateli, minimální rozsah 0,5 úvazku je stanoven proto, aby se jednalo o skutečně funkční personální kapacitu, nikoli pouze formální splnění personální podmínky.

Zdůvodnění:

Cílem bonifikace je podpořit změnu paradigmatu uvažování o ambulantní psychiatrické péči směrem k týmovému modelu jejího poskytování, v němž není péče založena výhradně na individuální práci psychiatra, ale na účelném zapojení dalších zdravotnických pracovníků. Zaměstnávání všeobecné sestry nebo sestry pro péči v psychiatrii umožňuje převést část organizačních, koordinačních a podpůrně klinických činností na kvalifikovaný nelékařský zdravotnický personál. Zapojení všeobecné nebo psychiatrické sestry umožňuje efektivnější rozdělení práce v ambulanci, odbřemenění psychiatra a zvýšení jeho kapacity pro odborné lékařské činnosti.

Bonifikace současně zohledňuje významnou ekonomickou zátěž spojenou se zaměstnáváním zdravotní sestry v ambulanci, zejména v situaci růstu mezd zdravotnických pracovníků, s nutností samostatné místnosti pro sestru (v psychiatrii není možné sdílet ordinaci se sestrou). Podpora všeobecných sester je žádoucí i proto, že mohou být v průběhu času dovzdělány na psychiatrické sestry a stát se základem pro další rozvoj týmové ambulantní péče. Kritérium tak podporuje nejen aktuální provozní stabilitu ambulancí, ale i dlouhodobou transformaci psychiatrické péče směrem k širšímu zapojení nelékařského zdravotnického personálu, lepší koordinaci péče a vyšší dostupnosti služeb pro pacienty.

Všechny navrhované bonifikace by měly být nad rámec dalších bonifikací pro ambulantní specialisty.

Návrh Psychosegmentu 12.5.2026

Návrh vycházející z většinové shody v rámci "Psychosegmentu" za Ambulantní psychiatrii, z.s. (305), ADDP. - 306, 360, AKP ČR - 901, 910 a 931 pro dohodovací řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2027 v segmentu ambulantních specialistů.

Náš návrh vychází z kritické situace v dostupnosti služeb v rámci péče o duševní zdraví. Je v souladu s Národním akčním plánem pro duševní zdraví.

Konkrétní znění návrhu:

- Podstatná změna je ve sloučení Bodů a) a b) v kapitole A.1 stávající vyhlášky (str. 55), kdy bod b) se vynechává.
- Ostatní změny vyplývají z tohoto sloučení.
- Přidaná je bonifikace za školící akreditovaná pracoviště

Níže jsou v červeném změny oproti návrhu segmentu AS z 10.05.2026

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 305, 308, 309, 919, 350, 355, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů se hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,09 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 901 a 910 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,14 Kč. Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 306, 360 a pro poskytovatele v odbornostech 931 a 910 se specializovanou způsobilostí v oboru dětská klinická psychologie, podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,24 Kč.

Bod b) se vynechává

j) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až i) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:

iv. 0,06 Kč pro odbornosti 306 a 360 podle seznamu výkonů v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v odbornosti 306 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.

v. 0,06 Kč pro odbornost 306 a 360 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.

vi. 0,03 Kč pro poskytovatele vykazující OD 00041 a 00042 podle seznamu výkonů společně s výkony odbornosti 910 a OD 00043 podle seznamu výkonů.

vii. o 0,02 Kč pro akreditovaná pracoviště, která v daném období aktivně školí

PREZENČNÍ LISTINA

společné jednání DŘ o hodnotách bodu a výši úhrad na rok 2028
zástupců zdravotních pojišťoven
a zástupců poskytovatelů mimoústavní ambulantní specialisované péče

dne 27. 5. 2026

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	ZÁSTUPCE	PODPIS	PORADCE	PODPIS	
VZP 111	JANUŠ HROUBA HRABKA JŘÍMALOVÁ				
VOJENSKÁ 201	BENGRŮVÁ		HRABKA		
ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ 205	LINDRHOVÁ				
OBOROVÁ ZP 207	SLAJS				
ŠKODA 209	BRZÁKOVÁ				
MINISTERSTVA VNITRA ČR 211	HADRAVICKÝ		MSKOTIL		
REVÍR. BRATRSKÁ POKLADNA 213	RYDRYCH				

PREZENČNÍ LISTINA

společné jednání DŘ o hodnotách bodu a výši úhrad na rok 2028
zástupců poskytovatelů mimoústavní ambulantní specialisované péče
a zástupců zdravotních pojišťoven

dne 27. 5. 2026

PROFESNÍ SDRUŽENÍ	ZÁSTUPCE	PODPIS	PORADCE	PODPIS
ACDZ Aliance center duševního zdraví z.s.	<i>Jan Bludný</i>			
ADDP Asociace dětské a dorostové psychiatrie z.s.	<i>on-line</i>			
ADS Asociace dialyzačních středisek ČR	<i>on-line</i>			
ADSKC Asociace denních stacionářů a krizových center	<i>Jeromír Kabáň</i>			
AKL Asociace klinických logopedů ČR	<i>on-line</i>			
AKP Asociace klinických psychologů ČR z.s.	<i>JAN HRAŠE</i>			
APJCH Asociace poskytovatelů jednodenní chirurgie, z.s.				
APRIMED Zájmové sdružení nestátních zdrav. zařízení	<i>Eva Sokolová</i>			
APZZ Asociace provozovatelů zdravot. zařízení	<i>on-line</i>			
ASN Asociace soukromých neurologů z.s.	<i>Janko</i>			

PREZENČNÍ LISTINA

společné jednání DŘ o hodnotách bodu a výši úhrad na rok 2028
zástupců poskytovatelů mimoústavní ambulantní specialisované péče
a zástupců zdravotních pojišťoven

dne 27. 5. 2026

PROFESNÍ SDRUŽENÍ	ZÁSTUPCE	PODPIS	PORADCE	PODPIS				
ASPZS Asociace soukromých poskytovatelů zdravotních služeb, z.s.	BARÁKOVÁ							
ČLK Česká lékařská komora o. s.	KUBEK							
	FALESKA							
CSORT Česká společnost ortoptistek o.s.	ZITK							
ČPZS Asociace ČPZS. z.s.								
CHARITA Charita ČR								
OSAD Občan. sdružení ambulantních diabetologů z.s.	an-line							
SAD Sdružení ambulantních dermatovenerologů ČR	an-line							
SADK Spolek ambulantních dětských kardiologů	BALATEL							
SAE Sdružení ambulantních endokrinologů								
SAG Spolek ambulantních gastroenterologů								
SACH Sdružení ambulantních chirurgů v ČR								
	JOJKO							

PREZENČNÍ LISTINA

společné jednání DŘ o hodnotách bodu a výši úhrad na rok 2028
zástupců poskytovatelů mimoústavní ambulantní specialisované péče
a zástupců zdravotních pojišťoven

dne 27. 5. 2026

PROFESNÍ SDRUŽENÍ	ZÁSTUPCE	PODPIS	PORADCE	PODPIS
SAI Sdružení ambulantních internistů z.s.	on-line			
SAK Sdružení ambulantních kardiologů ČR	Jolko			
SAKI Sdružení alergologů a klin. imunologů ČR	Jolko			
SAO Sdružení ambulantních ortopedů ČR z.s.	Jolko			
AP Amb. psychiatrie z.s.	NOVA'ROKA'			
SAPOCH Sdružení ambulantních poskytovatelů oční chirurgie, z.s.				
SAS Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s.	Jolko			
SMNP Svaz multioborové nelůžkové péče z.s.	X			
SPGE Sdružení poskytovatelů amb. péče v gastroenterologii z.s.				
SPOL Sdružení privátních očních lékařů ČR				
SSPF Spolek smluvních pneumoftizeologů z.s.	on-line			