

**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 konsensu 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 přepočet 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 pojištěnce; 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 ošetřil 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 ošetřil 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 i) bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

2. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, s výjimkou hrazených služeb podle bodu 1, se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,04 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“) 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 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 pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v

dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud je rovna nebo překročí 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 pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud je rovna nebo překročí 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 zvláště účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 125 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvláště účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvláště účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvláště účtovaný materiál vykázané v rámci hrazených služeb uvedených v části A bodu 1 v referenčním období a současně převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce za zvláště účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvláště účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvláště 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 převyší 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 zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevyší 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 nepřevyší 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.