

## DODATEK AS/2025 KE SMLouvĚ O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB – VZOR: AS\_vyk

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a Memorandem uzavřeným dne 31. 10. 2024 za účelem udržení a zlepšování dostupnosti zdravotní péče a zajištění stability poskytování specializované ambulantní péče poskytovateli ambulantní (tj. mimonemocniční) péče a to v reakci na protesty poskytovatelů zdravotních služeb tohoto segmentu spojené s připravovaným omezením dostupnosti zdravotní péče proti návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 (dále jen „Memorandum“), dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2025 budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

### Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v rámci specializované ambulantní péče budou v roce 2025 hrazeny výkonově podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), s hodnotou bodu dle odstavce 2) a 3) tohoto článku Dodatku.
- 2) Pro poskytnuté výkony:
  - a) 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 403 – radiační onkologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,82 Kč,
  - b) 43652 a 43653 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 403 – radiační onkologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,25 Kč, s tím, že bonifikace dle odstavce 4) písm. e) tohoto článku Dodatku se nepoužije,
  - c) 75347, 75348 a 75427 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 705 – oftalmologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,89 Kč,
  - d) 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 105 – gastroenterologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se stanoví hodnota bodu ve výši 1,17 Kč,
  - e) 73028, 73029 a 71112 (novorozenecký screening) podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornostech 701 – ORL, 702 – foniatrie nebo 704 – dětská ORL podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,93 Kč,
  - f) 25507 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytovaný v odbornosti 205 – pneumologie a ftizeologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč,
  - g) 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621. 76623 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 706 - urologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč,
  - h) 89970 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornosti 102 - angiologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč
  - i) v odbornostech 305, 308 a 309 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,97 Kč,
  - j) v odbornosti 306 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč,
  - k) v odbornosti 008 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč s tím, že bonifikace dle odstavce 4) písm. d) a e) tohoto článku Dodatku se nepoužije,
  - l) v odbornosti 407 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,98 Kč s tím, že bonifikace dle odstavce 4) písm. e) tohoto článku Dodatku se nepoužije a úhrada za výkony 47355 bude v rámci finančního vypořádání hrazených služeb přepočtena koeficientem dle dále uvedeného:

Celkový počet výkonů č. 47355 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. 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
	0,75	1,00	1,02
Koeficient přepočtení úhrady za výkony č. 47355 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.			

- 3) Pro Poskytovatele poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v odstavci 2) tohoto článku Dodatku se stanoví výše úhrady podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
- 1,00 Kč pro Poskytovatele poskytujícího specializovanou ambulantní péči v odbornostech 107, 302 a 780 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,
  - 0,98 Kč pro Poskytovatele poskytujícího specializovanou ambulantní péči v odbornostech 108, 205, 403, 501, 601 a 708 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,
  - 0,96 Kč pro Poskytovatele poskytujícího specializovanou ambulantní péči v odbornostech 102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705 a 706 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,
  - 0,94 Kč pro Poskytovatele poskytujícího specializovanou ambulantní péči neuvedenou v písm. a) až c).
- 4) Hodnota bodu uvedená v odstavci 2) a 3) tohoto článku Dodatku se Poskytovateli navýší za každou splněnou podmínku tohoto odstavce o:
- 0,03 Kč pro všechny nasmlouvané odbornosti Poskytovatele, pokud tento Pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů **k datu 01. 01. 2025** nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace. Doložení kopií dokladů o CŽV jednotlivých lékařů (nositelé kategorie „L“) nebo nelékařských pracovníků (nositelé kategorie „K“), kteří u něj poskytují hrazené služby, musí být Poskytovatelem provedeno nejpozději do 31. 01. 2025 včetně (na pozdější předání dokladu nebude brán zřetel). Pokud platnost dokladu o CŽV bude končit v průběhu roku 2025, musí Poskytovatel doložit novou kopii dokladu o CŽV nejpozději do 30 dnů od konce platnosti původního dokladu o CŽV.
  - 0,04 Kč pro danou odbornost, pokud Poskytovatel alespoň u 50 % svých pracovišť (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně v odbornostech 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. (dále jen „operační obory“) a zároveň má alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinální doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.
  - 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u 50 % svých pracovišť (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 35 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.  
Nárok na bonifikaci dle písm. b) a c) bude vyhodnocen dle stavu nasmlouvání rozsahu a rozložení ordinální doby v Příloze č. 2 Smlouvy **k datu 01. 04. 2025**. Podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinálních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinální doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek. V případě nových žádostí o rozšíření počtu ordinálních hodin budou tyto ze strany Pojišťovny zohledněny pouze v případě, že Poskytovatel o změnu Pojišťovnu požádá do 31. 1. 2025 a tato žádost bude vzájemně vypořádána včetně uzavření nové Přílohy č. 2 obsahující nový rozsah a rozložení ordinální doby do 31. 3. 2025.
  - 0,01 Kč pro danou odbornost, pokud Poskytovatel v hodnoceném období ošetřil v dané odbornosti alespoň 5 % pojištěnců Pojišťovny, u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců Pojišťovny, u nichž v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2024 nevykázal Pojišťovně v dané odbornosti žádný výkon.
  - 0,03 Kč pro danou odbornost, pokud Poskytovatel v hodnoceném období ošetřil v dané odbornosti alespoň 10 % pojištěnců Pojišťovny, u operačních oborů alespoň 15 % pojištěnců Pojišťovny, u nichž v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2024 nevykázal Pojišťovně v dané odbornosti žádný výkon a zároveň *Poskytovatel v dané odbornosti splňuje podmínku rozsahu a rozložení ordinálních hodin dle písm. b) tohoto odstavce.*  
Za nového pojištěnce se pro vyhodnocení podmínek uvedených v písm. d) a e) tohoto odstavce nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v dané odbornosti vykázán pouze výkon č. 09513 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.
  - 0,01 Kč pro danou odbornost, pokud Poskytovatel v hodnoceném období pro návštěvy využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců Pojišťovny, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.
  - 0,06 Kč pro odbornost 306 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a výkony 37061, 37062 a 37063 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytované v odbornostech 901 – klinická psychologie a 931 – dětská psychologie podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., pokud Poskytovatel alespoň u 50 % svých pracovišť (IČP) v dané odbornosti podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 15 hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období. Nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu nasmlouvání rozsahu a rozložení ordinální doby v Příloze č. 2 Smlouvy **k datu 01. 04. 2025**. Podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinálních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinální doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.

- h) 0,06 Kč pro odbornost 306 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., pokud Poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon 09532 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. alespoň u 20 % ošetřených pojištěnců Pojišťovny. Do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.
- i) Hodnoceným obdobím se pro účely tohoto Dodatku rozumí rok 2025 a referenčním obdobím rok 2023.
- j) Poskytovatel **podepsáním Dodatku prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby** budou v roce 2025 nasmlouvány a dodržovány s ohledem na termín vyhodnocení podmínky uvedené v ustanovení odst. 4) písm. c), resp. d) tohoto článku Dodatku.
- k) Poskytovatel **podepsáním Dodatku stvrzuje, že využívání objednávkového systému** je ze strany Poskytovatele realizováno shodně se stavem platným v roce 2024, v opačném případě Poskytovatel postupuje v souladu s ustanovením odst. 4) písm. l) tohoto článku Dodatku.
- l) V případě, že Poskytovatel využívání objednávkového systému doložil Pojišťovně v roce 2024 a/nebo dříve a tato skutečnost trvá, není potřeba toto znovu dokládat. Pokud u Poskytovatele došlo ke změně ve využívání objednávkového systému proti skutečnosti oznámené Pojišťovně v roce 2024 a/nebo dříve, Poskytovatel se zavazuje toto neprodleně oznámit Pojišťovně, včetně uvedení účinnosti změny, vyplněním souvisejícího dokumentu zveřejněného na webových stránkách Pojišťovny<sup>1</sup> v sekci: Poskytovatelé → Úhrady zdravotních služeb → Úhradové dodatky – Formuláře. Poskytovatel, který v roce 2024 a/nebo dříve neexistoval a skutečnost o využívání objednávkového systému v souladu s ustanovením odst. 4) písm. f), resp. k) tohoto článku Dodatku dosud Pojišťovně neoznámil, doloží tuto skutečnost prostřednictvím vyplnění souvisejícího dokumentu zveřejněného na webových stránkách Pojišťovny<sup>1</sup> v sekci: Poskytovatelé → Úhrady zdravotních služeb → Úhradové dodatky – Formuláře.
- 5) Celková výše úhrady Poskytovateli uvedenému v odstavci 3) tohoto článku Dodatku nepřekročí částku stanovenou dle dále uvedeného:

$$(1,065 + KN) * (POPzpoz * PUROo) + \max [PUROo * POPzpoMh; UHRMh - UHRMl]$$

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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období nepřekročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

**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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

**PUROo** je přepočtená průměrná úhrada za výkony v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období, která se stanoví následovně:

$$PUROo = \max \{ UHRref / POPref; ((PBref * HBmin) + ZUM_{ROo} + ZULP_{ROo}) / POPref \}$$

kde:

**UHRref** je celková výše úhrady Poskytovatele v dané odbornosti za hrazené služby podle odstavce 3) tohoto článku Dodatku včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období.

**POPref** 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

**PBref** je celkový počet bodů za vykázané a Pojišťovnou uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

**HBmin** je minimální hodnota bodu pro výpočet PUROo, která činí 1,03 Kč.

**ZUM<sub>ROo</sub>** je úhrada za zvlášť účtovaný materiál v dané odbornosti za referenční období.

**ZULP<sub>ROo</sub>** je úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti za referenční období.

<sup>1</sup> <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/uh rady-zdravotnich-sluzeb/uh radove-dodatky-formulare>

**UHRMh** je úhrada za výkony podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny se zahrne úhrada za výkony podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny se zahrne úhrada za výkony podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

**KN** koeficient navýšení, který je součtem těchto dílčích koeficientů:

a) pro danou odbornost Poskytovatele v závislosti na plnění podmínky definované odstavcem 4) písm. a) činí:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,02	-0,01
	Nesplnil	0,03	0

b) pro danou odbornost Poskytovatele v závislosti na plnění podmínky definované odstavcem 4) písm. b) činí:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,03	-0,02
	Nesplnil	0,04	0

c) pro danou odbornost Poskytovatele v závislosti na plnění podmínky definované odstavcem 4) písm. c) činí 0,02

d) pro danou odbornost Poskytovatele v závislosti na plnění podmínky definované odstavcem 4) písm. d) činí:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,01	-0,02
	Nesplnil	0,02	0

e) pro danou odbornost Poskytovatele v závislosti na plnění podmínky definované odstavcem 4) písm. e) činí 0,03

f) pro danou odbornost Poskytovatele v závislosti na plnění podmínky definované odstavcem 4) písm. f) činí:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,01	-0,02
	Nesplnil	0,02	0

g) pro odbornost 903 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. v případě, že podíl počtu Poskytovatelem ošetřených unikátních pojištěnců 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 činí:

		Hodnocené období	
		Splnil	Nesplnil
Referenční období	Splnil	0,08	-0,04
	Nesplnil	0,12	0

h) 0,07 pro odbornost 105 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.; 0,13 pro odbornost 404 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.; 0,03 pro odbornost 405 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.; 0,05 pro odbornost 601 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a 0,02 pro odbornost 606 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,

i) -0,01 pro odbornosti 107, 108, 205, 302, 403, 501, 708 a 780, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,

j) 0,01 pro odbornosti neuvedené v písmenech g) a h) tohoto odstavce a dále mimo odbornosti 102, 202, 207, 209, 402, 701, 705 a 706 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

6) Podmínky pro uplatnění koeficientu navýšení KN za hodnocené období v rámci výpočtu celkové výše úhrady Poskytovateli budou posuzovány dle stavu k 1. 1. 2025. Pro účely tohoto Dodatku se referenční úhradou rozumí celková výše úhrady hrazených služeb včetně úhrady za ZUM a ZULP kromě úhrady zdravotních služeb za očkování a testování v souvislosti s onemocněním COVID-19.

- 7) Hrazené zdravotní služby poskytované Poskytovatelem v odbornosti 108 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. pojištěncům Pojišťovny v souvislosti s vyšetřováním včasného zařazení pojištěnců Pojišťovny na čekací listinu k transplantaci ledviny jsou hrazeny podle Přílohy č. 8 části B) k Vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrady za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 (dále jen „Vyhláška MZ č. 314/2024 Sb.“). Definice kódů výkonů a jejich popis je zveřejněn na webových stránkách Pojišťovny<sup>2</sup> v sekci: Poskytovatelé → Úhrady zdravotních služeb → Úhradové dodatky 2025.
- 8) V případě, že Pojišťovna u Poskytovatele nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, Pojišťovna tuto skutečnost zohlední na základě žádosti Poskytovatele v rámci celkového finančního vypořádání.
- 9) Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle ustanovení odstavce 5) tohoto článku Dodatku se nepoužije v případě:
- Poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu hrazených služeb pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou,
  - hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,
  - Poskytovatele, který ukončí poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného období.
- 10) Hodnota bodu za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. a/nebo výkony 09555 až 09557 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. je stanovena ve výši 1,06 Kč. Úhrada definovaná ve větě první tohoto odstavce se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku.
- 11) Měsíční předběžnou úhradu se zavazuje Pojišťovna Poskytovateli uhradit ve výši Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných hrazených služeb poskytnutých jejím pojištěncům v roce 2025 za příslušný měsíc se zálohovou hodnotou bodu stanovenou dle odstavců 2), 3) a 10) tohoto článku Dodatku.
- 12) Pro Poskytovatele, který ukončí poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného období se předběžná úhrada vypočtená dle odstavce 2) a 3) tohoto článku Dodatku považuje za úhradu konečnou.
- 13) Výsledek finančního vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných v souladu s tímto Dodatkem bude ze strany Pojišťovny oznámen do 30. 06. 2026. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána zvláštní platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterékoli pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.
- 14) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2025 nejpozději do 31. 03. 2026. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 31. 03. 2026 do finančního vypořádání dle odstavce 13) tohoto článku Dodatku.
- 15) U Poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu s Pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů. Hodnota referenční průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené v souladu s větou první je uvedena v Příloze č. 1 k Dodatku/2025.
- 16) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2025 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

## Článek 2

- Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v rámci očkování proti onemocnění COVID-19 vykazané v odbornosti 961 (vakcinační centrum COVID-19 I. typu) a 962 (vakcinační centrum COVID-19 II. typu), případně v dalších akceptovaných odbornostech pro síť poskytovatelů realizujících očkování proti onemocnění COVID-19 budou v roce 2025 hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,19 Kč.
- Úhrada za hrazené služby dle odstavce 1 tohoto článku Dodatku nevstupuje do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) článku 1 tohoto Dodatku.

## Článek 3 Regulační omezení

<sup>2</sup> <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/uh rady-zdravotnich-sluzeb/uh radove-dodatky-pro-rok-2025>

- 1) Pokud Poskytovatel poskytující hrazené služby uvedené v článku 1 tohoto Dodatku 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 článku 1 tohoto Dodatku v referenčním období, 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.
- 2) Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.
- 3) 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, 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Do vyžádané péče podle věty první se nezahrnují výkony mamografického screeningu, výkony screeningu karcinomu děložního hrdla, výkony screeningu kolorektálního karcinomu a výkony screeningu karcinomu prostaty prováděné Poskytovatelem, který má s 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
- 4) Regulační omezení podle odst. 1) až 3) tohoto článku Dodatku se nepoužijí u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370 a 922 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.
- 5) Pokud Poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem Pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle odst. 2).
- 6) U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu s Pojišťovnou, použije Pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 1) až 3) tohoto článku Dodatku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- 7) Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1) až 3) tohoto článku Dodatku. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
- 8) Regulační omezení podle odst. 1) až 3) tohoto článku Dodatku se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
- 9) Pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto Pojišťovnou Poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- 10) Pokud Poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle odst. 1) až 3) tohoto článku Dodatku Pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

#### Článek 4

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států EU, ESVO, Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku a pojištěncům krytým mezinárodní smlouvou, kterou je ČR v oblasti zdravotního pojištění vázána (dále jen „zahraniční pojištěnci“), se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za zahraniční pojištěnce Pojišťovně se řídí Metodikou

pro pořizování a předávání dokladů, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů a v souladu s přímo použitelnými předpisy EU (Nařízení EP a Rady (ES) č. 883/2004 a č. 987/2009 a Nařízení EP a Rady (EU) č.1231/2010), dále v souladu s metodickými pokyny Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011 a dále v souladu se souvisejícími ustanoveními uvedenými v Cenovém předpisu Ministerstva zdravotnictví platném a účinném ke dni poskytnutí zdravotní služby zahraničnímu pojištěnci Pojišťovny.

- 2) Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši stanovené podle odst. 2), 3) a 4) článku 1 tohoto Dodatku s tím, že ustanovení odst. 4) písm. e) se pro navýšení hodnoty bodu zahraničním pojištěncům nepoužije. Podmínky pro navýšení hodnoty bodu dle ustanovení odst. 4) tohoto Dodatku se považují v tomto případě za splněné.
- 3) Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům nebudou zahrnuty do regulačních omezení.
- 4) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pojištěnce v případě zahraničního pojištěnce, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace u Pojišťovny, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 7.00 hodin do 14.00 hodin (v pátek od 7.00 hodin do 12.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

### Článek 5

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2025, ne však dříve než od data uvedeného v čl. XI odst. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. Pro Poskytovatele bez plnohodnotného referenčního období je součástí Dodatku Příloha č. 1 k Dodatku/2025.
- 4) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 5) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 6) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 7) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí řádně podepsaný Dodatek neprodleně zpět do datové schránky Pojišťovny (**9swaix3**), nejpozději však do 30. 11. 2025.
- 8) Pokud nebude Dodatek do Pojišťovny ve lhůtě podle předchozího odstavce vůbec doručen, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.