

Společný návrh VZP ČR a SZP ČR na úhradu hrazených služeb ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb pro rok 2025

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2025, poskytovatelem vykázané do 31. března 2026 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2026.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2023 - do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2023, poskytovatelem vykázané do 31. března 2024 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2024. Do referenčního období jsou zahrnuty referenční hodnoty vypočtené dle vyhlášky č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023, resp. dle úhradového dodatku příslušné zdravotní pojišťovny pro rok 2023.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

- Hrazené služby poskytované v zařízeních specializované ambulantní zdravotní péče v **odbornosti 603 a 604** – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie v hodnoceném období pojištěncům zdravotní pojišťovny budou hrazeny výkonově dle platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále „seznam výkonů“), s **hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč**.
- Hodnota bodu uvedená v odst. 1 se za každou splněnou podmínku dále navýší:
 - o 0,01 Kč**, pokud bude zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. hodnoceného období doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
 - o 0,01 Kč**, pokud poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační 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. Ordinačními hodinami se rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, přičemž se jedná o dobu, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, resp. se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie dětí a dospívajících.
 - o 0,01 Kč**, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně do 31. 12. hodnoceného období rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období.
 - o 0,01 Kč**, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
- V případě, že poskytovatel provedl za hodnocené období komplexní vyšetření vykázané výkonem č. **63021** dle seznamu výkonů nebo preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. **63050** dle seznamu výkonů alespoň u **45 %** pojištěnců ve věku do 70 let (tj. kteří nedosáhli v hodnoceném období 70 let věku) příslušné zdravotní pojišťovny, kteří jsou u něj registrováni k 31. 12. hodnoceného období, bude mu úhrada za každý výkon č. **63021** vynásobena koeficientem navýšení **1,50** a úhrada za každý výkon č. **63050** vynásobena koeficientem navýšení **1,25**.
- Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se úhrada stanovuje ve výši podle písm. a) až c) a to za podmínek uvedených v písm. d) až i):
 - Hrazené služby v prvním trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. č. 63897 – Platba za péči o těhotnou v I. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63897 je stanovena ve výši **1 885 Kč**. Výkon se vyazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky.
 - Hrazené služby ve druhém trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. 63898 – Platba za péči o těhotnou ve II. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63898 je stanovena ve výši **3 141 Kč**. Výkon se vyazuje ve 14. týdnu těhotenství.
 - Hrazené služby ve třetím trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. 63899 – Platba za péči o těhotnou ve III. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63899 je stanovena ve výši **4 398 Kč**. Výkon se vyazuje ve 28. týdnu těhotenství.

- d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63896 – Signální výkon ukončení těhotenství potratem, nebo v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63895 – Signální výkon ukončení těhotenství mimo PZS.
- e) Poskytovatel je povinen vykazovat kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, příp. 63411 (pokud tento výkon poskytovatel provedl) nebo 63413 (pokud tento výkon poskytovatel provedl) podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí výše uvedených plateb a které slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.
- f) Podmínkou úhrady dle písm. a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603. Za registraci se považuje platná registrace pojištěnky u poskytovatele nahlášená zdravotní pojišťovně ke dni vykazání výkonů dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
- g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví dle písm. a) až c) nejsou v průběhu těhotenství poskytovatelem vykazovány a zdravotní pojišťovnou hrazeny výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonu 09215, pokud jej poskytovatel vykáže v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti – D pro účely úhrady aplikovaného ZULP. Tyto výkony jsou započteny v úhradě dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
- h) Výkony č. 32410 a 63415 podle seznamu výkonů jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu podle odst. 1 a 2, pokud byly výkony provedeny a vykážány nebo vyžádány registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle seznamu výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle seznamu výkonů bez žádanky registrujícího poskytovatele, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši **0,50 Kč**.
- i) V případě, že neregistrující poskytovatel s výjimkou poskytovatele lůžkové péče v odbornosti 603 podle seznamu výkonů vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písm. e) a g) budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši **0,50 Kč** a zároveň bude tato péče odečtena registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši **0,50 Kč**, s výjimkou výkonů 63411 a 63413, které budou neregistrujícímu poskytovateli uhrazeny s hodnotou bodu ve výši **1,01 Kč**, pokud již nebyly provedeny a vykážány registrujícím poskytovatelem. V tom případě budou zároveň odečteny registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši **1,01 Kč**. Výjimkou jsou výkony č. 63022, 63023 nebo 63417, které je neregistrující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravdělnou péči o těhotnou pojištěnku na dokladu 05 (Vyúčtování výkonů nepravdělné péče) a které jsou v takovém případě hrazeny neregistrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu dle odst. 1 a 2 a jejich úhrada nevstupuje do hodnoty extramurální péče registrujícího poskytovatele.

5. Celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 dle odst. 1 až 4 u dané zdravotní pojišťovny nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{Celková výše úhrady} = \text{PURO}_{2023} * \text{UOP}_{2025} * (1,05 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2025}$$

kde:

PURO₂₀₂₃ průměrná úhrada za zdravotní výkony (s výjimkou úhrady za výkon č. 01543), včetně zvlášť účtovaného materiálu, zvlášť účtovaných léčivých přípravků a platby za těhotné, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období. Do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykážány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů. Do průměrné úhrady se nezahrnou ZULP použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a očkovací látky proti lidskému papilomaviru.

UOP₂₀₂₅ je počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykážány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů.

EM₂₀₂₅ je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené dle odst. 4 písm. i). Bude odečtena ve výši maximálně **25 %** celkové úhrady dle odst. 4 písm. a) až c).

IGV je index genetických vyšetření, jehož hodnota je **0,02** v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykážány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 k počtu

těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo **0,00** v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo **(-0,02)** v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo **(-0,04)** v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je **0,02** v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 dle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 30 %, nebo **0,00** v případě, že je tento podíl větší než 30 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo **(-0,02)** v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo **(-0,04)** v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV a IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63053 a 63055. V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₅ příslušné zdravotní pojišťovny, IGV a IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

F_(t) je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,06 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F_{(t)} = 0,36 * K_{(t)} + 0,0164$$

V případě, že poskytovatel nepečoval v hodnoceném období o žádnou těhotnou pojištěnku dané zdravotní pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných **F_(t)** ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných **K_(t)** větší než **0,12**, stanoví se hodnota funkce těhotných **F_(t)** ve výši **0,06**.

kde:

K_(t) je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$K_{(t)} = \frac{PTEH_{2025}}{RUOP_{2025}}$$

kde:

PTEH₂₀₂₅ počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň jeden z výkonů č. 63897, 63053, 63055, 63898 nebo 63899.

RUOP₂₀₂₅ počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u poskytovatele alespoň jeden den v rámci hodnoceného období.

- Nad rámec celkové výše úhrady podle odstavce 5 Pojišťovna uhradí ZULP použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a očkovací látky proti lidskému papilomaviru.
- Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši **1,05 Kč**. Pro stanovení úhrady zahraničních pojištěnců se odst. 1 až 5 nepoužijí.
- U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní 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, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
- U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle odst. 5 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu **1,00 Kč**.

10. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
11. Za každou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnců v souvislosti s klinickým vyšetřením se stanovuje úhrada následujícím způsobem:
 - a) u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro hodnocené období ve výši **208 Kč**,
 - b) u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro hodnocené období ve výši **156 Kč**,
 - c) u pojištěnce ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro hodnocené období ve výši **104 Kč**,
 - d) u pojištěnce od dovršení věku 18 let vykázanou výkonem č. 01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví úhrada ve výši **83 Kč**.Za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření, včetně výkonů 63050, 63053 a 63055.
12. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordináčních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 5. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordináčních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n = kapacita nasmlouvané péče pro danou odbornost.
13. Měsíční předběžná úhrada bude stanovena ve výši jedné dvanáctiny ze **106 %** porovnávacího objemu úhrady referenčního 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.

B) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Zdravotní služby vykazují centra asistované reprodukce (smluvní odbornost 613) výhradně prostřednictvím dohodnutých balíčkových kódů/ výkonů uvedených v odst. 2 této části.
2. Hrazené služby IVF a IUI jsou vykazovány níže uvedenými výkony s kódy VZP, pro které se stanovuje úhrada ve výši:
 - 63901 - (VZP) IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů (1 641 Kč)
 - 63902 - (VZP) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí (19 059 Kč)
 - 63903 - (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí (39 646 Kč)
 - 63908 - (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya (39 646 Kč)
 - 63914 - (VZP) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu (13 158 Kč)
 - 63915 - (VZP) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI (1 664 Kč)
 - 63916 - (VZP) Intrauterinní inseminace (IUI) (4 296 Kč)
 - 63920 - (VZP) Odběr a uchování zárodečných buněk - oocytů - u indikovaných pacientů (26 954 Kč)
 - 63921 - (VZP) Odběr a uchování zárodečných buněk - spermií - u indikovaných pacientů (5 607 Kč)
 - 63922 - (VZP) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce - oocytů - u indikovaných pacientů (2 580 Kč)
 - 63923 - (VZP) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce - spermií - u indikovaných pacientů (2 580 Kč)
3. Skutečně použité léčivé přípravky k výkonům IVF vykazují centra asistované reprodukce prostřednictvím výkonu VZP č. 63909 jako ZULP v průměrné dávce 2 250 jednotek gonadotropinu na jeden léčebný IVF cyklus a adekvátního množství agonistů GnRH či antagonistů LHRH.

C) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
 - 1.1. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

- 1.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, prováděné Poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb za hodnocené období vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
6. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb za hodnocené období vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
7. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n = kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
9. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
10. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.