Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 5

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2021 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady podle bodu 2, paušální úhradu podle bodu 3, úhradu vyčleněnou z paušální úhrady podle bodu 4, úhradu formou případového paušálu podle bodu 5, úhradu za akutní lůžkovou péči pro malý počet pojištěnců a zahraniční pojištěnce podle bodu 6, úhradu za ambulantní péči podle bodu 7 (dále jen „ambulantní složka úhrady“) a ostatní úhrady podle bodu 8. Pro výpočet referenčních hodnot individuálně smluvně sjednané složky úhrady, paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady, úhrady formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

2. <u>Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady</u>

2.1 Pokud si zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnou rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro hrazené služby, jež jsou zahrnuty v paušální úhradě, v úhradě vyčleněné z paušální úhrady nebo v úhradě formou případového paušálu, úhrada za tyto služby se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 7.

2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) 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.“), se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.3.

2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2019.

2.2.2 Pro skupiny:

a)	Dermatologie (Aktinická keratóza, Psoriáza těžká)
b)	Dýchací soustava 1 (Astma, CHOPN)
c)	Dýchací soustava 2 (Idiopatická plicní fibróza)
d)	Endokrinologie (Akromegalie, Endokrinní oftalmopatie, Toxická struma štítné žlázy, Růstové hormony)
e)	Hematoonkologie (Leukemie, Lymfomatózní meningitida, Lymfomy, Mnohočetný myelom, Myelo-dysplastické syndromy, Podpůrná hematoonkologie, Zhoubné imunoproliferativní nemoci, Hematologie)
f)	Imunitní systém (Autoinflamatorní onemocnění, Digitální ulcerace u systémové sklerodermie, Polyangiitida, Transplantace)
g)	Infekce (Hepatitida C)
h)	Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Metabolické vady)
i)	Neurologie 1 (Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Substituční léčba)
j)	Neurologie 2 (Roztroušená skleróza)

k)	Neurologie 3 (Spinální svalová atrofie)
l)	Oběhový systém (Plicní arteriální hypertenze)
m)	Oftalmologie (Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie – jiné)
n)	Onkologie – solidní nádory (Hepatocelulární karcinom, Nádory hlavy a krku, Nádory kolorekta, Nádory ledviny, Nádory močového ústrojí, Nádory mozku, Nádory ovarií, Nádory plic, Nádory prostaty, Nádory prsu, Nádory slinivky, Nádory štítné žlázy, Nádory z embryonálních buněk, Nádory žaludku, Osteosarkom, pNET, Sarkomy měkkých tkání, Jiné nádory měkkých tkání, Jiné ZN kůže, Kožní lymfomy, Maligní melanom, Mezoteliom pleury)
o)	Osteoporóza
p)	Revmatologie (Bechtěrevova choroba, Artritida, Lupus erythematosus, Psoriatická artritida)
q)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida)
r)	Cystická fibróza
s)	Ostatní – výše neuvedená onemocnění s výjimkou skupiny hepatologie
t)	Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2021} = Uhr_{t,2020} + \sum_{i=a}^{s} Uhr_{i,2019} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2021}$ je maximální úhrada v hodnoceném období.

i nabývá hodnot *a* až *s*, kde *a* až *s* jsou diagnostické skupiny uvedené v bodě 2.2.2.

$Uhr_{i,2019}$ je celková úhrada v referenčním období za léčbu onemocnění *i*.

$Uhr_{t,2020}$ je celková úhrada v roce 2020 za léčbu onemocnění hepatologie.

IN_i je index navýšení úhrady pro skupinu *i*, uvedený v bodě 2.2.3.

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

2.2.3 Index navýšení úhrady se pro jednotlivé diagnostické skupiny uvedené v bodě 2.2.2 stanoví ve výši:

Diagnostická skupina	**Index navýšení úhrady**
Dermatologie	1,29
Dýchací soustava 1	1,60
Dýchací soustava 2	1,24
Endokrinologie	1,00
Hematoonkologie	1,14
Imunitní systém	1,16
Infekce	1,18
Metabolické vady	1,03
Neurologie 1	1,26
Neurologie 2	1,05
Neurologie 3	1,20
Oběhový systém	1,01

Oftalmologie	1,16
Onkologie – solidní nádory	1,20
Osteoporóza	1,00
Revmatologie	1,03
Trávicí soustava	1,04
Cystická fibróza	1,80
Ostatní	1,30

2.2.4 Úhrada za léčbu léčivými přípravky poskytnutými pojištěncům v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 až 2.2.3 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

2.3 Za každý případ hospitalizace poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, u kterého bylo indikováno testování na onemocnění COVID-19, se navyšuje úhrada poskytovateli o 1 688 Kč:

a) za každé současné vykázání výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů, jde-li o případ s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí,

b) jednou, pokud jde o případ s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí a byly alespoň jednou současně vykázány výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.

Tato navýšení úhrady se nezapočítávají do úhrady uvedené v bodech 3 až 6.

2.4 U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2021[1)] (dále jen „Klasifikace“), u kterých byl vykázán výkon č. 55227 podle seznamu výkonů nebo některý z DRG markerů č. 90901 až 90907 podle Klasifikace, se úhrada poskytovateli navyšuje za každý vykázaný ošetřovací den (dále jen „OD“) č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů o 59 064 Kč. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace, u kterých není splněna podmínka dle věty první, se úhrada poskytovateli navyšuje za každý vykázaný OD č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů o 39 967 Kč. Toto navýšení úhrady se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 6 a je určeno na kompenzaci zvýšených osobních nákladů u zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19.

3. <u>Paušální úhrada</u>

3.1 Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace.

3.3 Pro výkony OD 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z paušální úhrady, se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 484 Kč.

[1)] Sdělení Českého statistického úřadu č. 385/2020 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

3.4 Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2020.

3.5 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první současné vykázání výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.

3.6 Výše paušální úhrady se stanoví jako $ÚHR_{PU,CZ-DRG,2021}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PU,CZ-DRG,2021} = min\left\{1; \frac{CM_{red,2021,CZ-DRG,A}}{0{,}95 * CM_{2019,CZ-DRG,A}}\right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2021,A}$$

kde:

$CM_{2019,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$EM_{2021,A}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší.

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

(i) $IPU = PU_{drg,2019} * 1{,}18$

kde:

$PU_{drg,2019}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou.

V případě, že poskytovatel v hodnoceném období zajišťuje péči na urgentním příjmu, $PU_{drg,2019}$ se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2019} = max\left\{CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H} * ZS_{min,2019,PU}; \left(CELK\ PU_{drg,2019} + \sum_{j=1}^{n} ÚHR_{ISU}^{2019} + EM_{2019,A-D,H}\right)\right\} * \left(\frac{CM_{2019,CZ-DRG,A}}{CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H}}\right)$$

V ostatních případech se $PU_{drg,2019}$ vypočte následovně:

$$PU_{drg,2019} = \left(CELK\ PU_{drg,2019} + \sum_{j=1}^{n} ÚHR_{ISU}^{2019} + EM_{2019,A-D,H} \right) * \left(\frac{CM_{2019,CZ-DRG,A}}{CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H}} \right)$$

kde:

$CM_{2019,CZ-DRG,A-D,H}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D a části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech A až D a části H k této vyhlášce.

$CELK\ PU_{drg,2019}$ je celková výše paušální úhrady v referenčním období včetně příslušného navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče.

$ZS_{min,2019,PU}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 49 711 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu: centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc podle zákona o zdravotních službách[2]. Pokud poskytovatel nesplňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu - centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc, centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem, centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče podle zákona o zdravotních službách - minimální základní sazba se stanoví ve výši 44 977 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 37 875 Kč.

$EM_{2019,A-D,H}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10, částí A až D a části H k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými

[2] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ÚHR_{ISU}^{2019}$ celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do individuálně smluvně sjednaných bází v referenčním období.

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

(ii) $CM_{red,2021,CZ-DRG,A}$ se vypočítá následovně:

a) Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 100 nebo pokud $PPR_{drg,A,2021,4,5} \leq 0{,}1 * PP_{drg,A,2021}$ nebo pokud $PPR_{drg,A,2019,4,5} \leq 0{,}1 * PP_{drg,A,2019}$, stanoví se redukovaný casemix takto:

$$CM_{red,2021,CZ-DRG,A} = min\left\{CM_{2021,CZ-DRG,A}; \left(CM_{2021,CZ-DRG,A}\right)^{0,3} * \left(X * PP_{drg,A,2021} * \frac{CM_{2019,CZ-DRG,A}}{PP_{drg,A,2019}}\right)^{0,7}\right\}$$

kde:

X nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce větší než 0,1, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce menší nebo roven 0,1.

$CM_{2021,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PP_{drg,A,2021}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PP_{drg,A,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

b) V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2021,CZ-DRG,A} = CM_{red\,1} + CM_{red\,2},$$

kde:

$$CM_{red\ 1} = min\left\{CM_{1,2021,CZ-DRG,A}; \left(CM_{1,2021,CZ-DRG,A}\right)^{0,3} * \left(X * PP_{1,drg,A,2021} * \frac{CM_{1,2019,CZ-DRG,A}}{PP_{1,drg,A,2019}}\right)^{0,7}\right\}$$

kde:

$CM_{1,2021,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$CM_{1,2019,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PP_{1,drg,A,2021}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PP_{1,drg,A,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

a kde:

$$CM_{red\ 2} = CM_{2021,CZ-DRG,A,4,5} * 1{,}05 * min\left[1; \left(\frac{PPR_{drg,A,2019,4,5}}{PPR_{drg,A,2021,4,5}} * \frac{PP_{drg,A,2021}}{PP_{drg,A,2019}}\right)\right]$$

kde:

$CM_{2021,CZ-DRG,A,4,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$PPR_{drg,A,2021,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,A,2019,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

(iii) I_{ZP} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{ZP} = max\left[1; ARCTG\left(3 * \frac{CM_{red,2021,CZ-DRG,A}}{CM_{2019,CZ-DRG,A}} - 1{,}443\right)\right]$$

4. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

4.1 Úhrada vyčleněná z paušální úhrady zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C až F k této vyhlášce.

4.2 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace.

4.3 Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2020.

4.4 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první současné vykázání výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.

4.5 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C až F poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$ÚHR_{vyčl,CZ-DRG,2021} = IZS_{2021,CZ-DRG,CE} * CM_{2021,CZ-DRG,CE} + IZS_{2021,CZ-DRG,DF} * CM_{2021,CZ-DRG,DF} - EM_{2021,C-F}$$

kde:

$CM_{2021,CZ-DRG,CE}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.

$CM_{2021,CZ-DRG,DF}$ je počet případů ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech D a F k této vyhlášce.

$EM_{2021,C-F}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C až F k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$IZS_{2021,CZ-DRG,CE}$ je individuální základní sazba vysoce homogenních hospitalizací vypočtená následovně:

1) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2021} \geq \left(1 + RK_{CE,horni}\right) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,horní} * \left(1 + RK_{CE,horni}\right) * ZS_{CZ-DRG} + \left(1 - TS_{CE,horní}\right) * IZS_{vstupni,2021}$$

2) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2021} \leq \left(1 - RK_{CE,dolní}\right) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,dolní} * \left(1 - RK_{CE,dolní}\right) * ZS_{CZ-DRG} + \left(1 - TS_{CE,dolní}\right) * IZS_{vstupni,2021}$$

3) V ostatních případech:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,CE} = IZS_{vstupni,2021}$$

$IZS_{2021,CZ-DRG,DF}$ je individuální základní sazba středně homogenních hospitalizací vypočtená následovně:

1) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2021} \geq \left(1 + RK_{DF,horni}\right) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,DF} = TS_{DF,horní} * \left(1 + RK_{DF,horni}\right) * ZS_{CZ-DRG} + \left(1 - TS_{DF,horní}\right) * IZS_{vstupni,2021}$$

2) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2021} \leq \left(1 - RK_{DF,dolní}\right) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,DF} = TS_{DF,dolní} * \left(1 - RK_{DF,dolní}\right) * ZS_{CZ-DRG} + \left(1 - TS_{DF,dolní}\right) * IZS_{vstupni,2021}$$

3) V ostatních případech:

$$IZS_{2021,CZ-DRG,DF} = IZS_{vstupni,2021}$$

kde:

$IZS_{vstupni,2021}$ je vstupní individuální základní sazba vypočtená následovně:

$$IZS_{vstupni,2021} = \frac{\left\{ÚHR_{vyčl,2019} + EM_{vyčl,2019} + \left(\frac{CM_{2019,CZ-DRG,CD}}{CM_{2019,CZ-DRG,A}}\right) * PU_{drg,2019}\right\} * 1{,}18}{CM_{2019,CZ-DRG,C-F}}$$

kde:

$CM_{2019,CZ-DRG,C-F}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C až F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech C až F k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,CD}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech C a D k této vyhlášce.

$ÚHR_{vyčl,2019}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby, včetně příslušného navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, poskytnuté během hospitalizací podle bodu 4.2 ukončených v referenčním období, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady, s výjimkou úhrady za případy zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části G k této vyhlášce.

$EM_{vyčl,2019}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 4.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části G k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

a kde ostatní parametry obsažené v proměnných $IZS_{2021,CZ-DRG,CE}$ a $IZS_{2021,CZ-DRG,DF}$ jsou parametry implementace CZ-DRG s hodnotami podle následující tabulky:

Parametr	**Název parametru**	**Hodnota**
ZS_{CZ-DRG}	Základní sazba pro CZ-DRG	57 297
$RK_{CE,horni}$	Horní risk-koridor pro vysoce homogenní péči	0,1
$RK_{CE,dolní}$	Dolní risk-koridor pro vysoce homogenní péči	0
$TS_{CE,horní}$	Horní tempo sbližování sazeb pro vysoce homogenní péči	0,33
$TS_{CE,dolní}$	Dolní tempo sbližování sazeb pro vysoce homogenní péči	0,5
$RK_{DF,horni}$	Horní risk-koridor pro středně homogenní péči	0,2
$RK_{DF,dolní}$	Dolní risk-koridor pro středně homogenní péči	0,1
$TS_{DF,horní}$	Horní tempo sbližování sazeb pro středně homogenní péči	0,33
$TS_{DF,dolní}$	Dolní tempo sbližování sazeb pro středně homogenní péči	0,5

4.6 Pro OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 484 Kč.

5. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG

5.1 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B, G a H k této vyhlášce.

5.2 Pro OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 484 Kč.

5.3 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace.

5.4 Léčivé přípravky vyjmuté z úhrady případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2020.

5.5 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první současné vykázání výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.

5.6 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $ÚHR_{PP,CZ-DRG,2021}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PP,CZ-DRG,2021} = CM_{2021,CZ-DRG,BG} * ZS_{CZ-DRG} + CM_{red,2021,CZ-DRG,H} * ZS_{CZ-DRG} * KP_{Trans} * KP_{Krit} - EM_{2021,BGH}$$

kde:

$CM_{2021,CZ-DRG,BG}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B a G k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech B a G k této vyhlášce.

$EM_{2021,BGH}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B, G a H k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

KP_{Trans} je koeficient plnění transformačního plánu, který nabývá hodnoty 1,1 v případě, že poskytovatel provedl restrukturalizaci lůžek podle transformačního plánu v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví. V ostatních případech KP_{Trans} nabývá hodnoty 1.

KP_{Krit} je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 1 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny

podmínky uvedené v bodě 5.7. V ostatních případech KP_{Krit} nabývá hodnoty 0,9.

$CM_{red,2021,CZ-DRG,H}$ je redukovaný casemix, který se vypočítá následovně:

Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 5.3, ukončených v referenčním nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce menší nebo roven 30, stanoví se redukovaný casemix následovně:

$$CM_{red,2021,CZ-DRG,H} = CM_{2021,CZ-DRG,H}$$

V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

$$CM_{red,2021,CZ-DRG,H} = min\left\{CM_{2021,CZ-DRG,H}; \left(CM_{2021,CZ-DRG,H}\right)^{0,3} * \left(X * PP_{drg,H,2021} * \frac{CM_{2019,CZ-DRG,H}}{PP_{drg,H,2019}}\right)^{0,7}\right\}$$

kde:

X nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce větší než 0,1, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce menší nebo roven 0,1.

$CM_{2021,CZ-DRG,H}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$CM_{2019,CZ-DRG,H}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 5.3 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$PP_{drg,H,2021}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$PP_{drg,H,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 5.3, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval akutní lůžkovou péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu $CM_{red,2021,CZ-DRG,H}$ následující referenční hodnotu:

$$\frac{CM_{2019,CZ-DRG,H}}{PP_{drg,H,2019}} = 1{,}15$$

5.7 Vyhodnocení plnění následujících kritérií provede zdravotní pojišťovna do 20. května 2022:

a) Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bází v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 60 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených podle Klasifikace do bází v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

b) Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bází v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče, nepřekročí 10 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bází v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

c) Poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím zařazovaným podle Klasifikace do bází v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

6. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\begin{aligned} Úhr_{pod50,EU,CZ-DRG,2021} = \; & CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A-G,2021} * ZS_{CZ-DRG} - EM_{pod50,EU,2021} \\ & + CM_{pod50,CZ-DRG,H,2021} * ZS_{CZ-DRG} * KP_{Trans} * KP_{Krit} \\ & + CM_{EU,CZ-DRG,H,2021} * ZS_{CZ-DRG} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A-G,2021}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až G k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, částech A až G k této vyhlášce.

$CM_{pod50,CZ-DRG,H,2021}$ je počet případů hospitalizací českých pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$CM_{EU,CZ-DRG,H,2021}$ je počet případů hospitalizací zahraničních pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této

vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$EM_{pod50,EU,2021}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

7. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb poskytovaných ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 917, 919, 921, 925 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.

7.1 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení úhrady uvedené v části A bodě 2 písm. a) a bodech 7 a 8 a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.

7.2 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou poskytovatelů v odbornostech 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) a bodu 2 písm. a), b) a c) se nepoužije; dále se nepoužijí ani výpočet celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce.

7.3 Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou výkonů odbornosti 806 podle seznamu výkonů a výkonů screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů a výkonů č. 09115, 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázaných u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 2 a 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) a c), a v bodech 5, 6 a 7 a výpočet celkové úhrady podle bodu 2 písm. h) a bodů 4, 8 a 9 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí.

7.4 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro hrazené

služby poskytované těhotným pojištěnkám, registrovaným u poskytovatele alespoň 12 měsíců před začátkem třetího trimestru těhotenství, uvedené v části A bodě 4 písm. a) až c) přílohy č. 4 k této vyhlášce se stanoví úhrada podle části A bodu 4 písm. a) až c) přílohy č. 4 k této vyhlášce. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám, registrovaným u poskytovatele méně než 12 měsíců před začátkem třetího trimestru těhotenství, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce. Pro hrazené služby odbornosti 613 uvedené v části B přílohy č. 4 k této vyhlášce se stanoví úhrada podle části B přílohy č. 4 k této vyhlášce.

7.5 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části B bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové úhrady podle části B bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.

7.6 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle bodu 3 a výpočet celkové úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.

7.7 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodů 1 až 3 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Při splnění kvalitativních ukazatelů dialyzační péče podle přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada za navýšení hodnoty bodu podle části A a za hrazené služby podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce nezapočítá do úhrady podle bodu 7.17.

7.8 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.

7.9 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,95 Kč.

7.10 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.

7.11 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 006, 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,01 Kč.

7.12 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,11 Kč a výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů se hradí s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč. Výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů a výkony screeningu karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,13 Kč. Výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,85 Kč. Výkon č. 09115 podle seznamu výkonů vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.

7.13 Výkony č. 88101 a 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

7.14 Úhrada poskytovateli za péči na urgentním příjmu se stanoví následovně:

$$Úhr_{Urg,2021} = min\left[Úhr_{Urg,2020} * 1{,}25; max\left(Úhr_{Urg,2020} * 0{,}75; PB_{Urgent} * HB_{Urgent}\right)\right]$$

kde:

PB_{Urgent} je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728 a 06729 podle seznamu výkonů.

HB_{Urgent} je hodnota bodu pro výkony urgentního příjmu, která se stanoví ve výši 1 Kč.

$Úhr_{Urg,2020}$ je navýšení úhrady za urgentní příjem, které zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradila v roce 2020. V případě, že poskytovatel v roce 2020 neposkytoval péči na urgentním příjmu, stanoví se $Úhr_{Urg,2020}$ ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

7.15 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.1 až 7.10 se stanoví ve výši:

$$\begin{aligned} Úhr_amb_{2021} = \; & max\{Úhr_amb_{2021,kompl} + Úhr_amb_{2021,ost}; \\ & \min\left[\frac{1{,}04 * Hodnota_péče_{2019,kompl} + 1{,}05 * Hodnota_péče_{2019,ost}}{Hodnota_péče_{2019}}; \frac{Hodnota_péče_{2021} * 1{,}04}{Hodnota_péče_{2019}}\right] * \\ & Úhr_amb_{2019} * \frac{BON_{16/7,kompl} * Hodnota_péče_{2019,kompl} + BON_{16/7,ost} * Hodnota_péče_{2019,ost}}{Hodnota_péče_{2019}}; \\ & min\left[Úhr_amb_{2019} * \frac{1{,}04 * BON_{16/7,kompl} * Hodnota_péče_{2019,kompl} + 1{,}05 * BON_{16/7,ost} * Hodnota_péče_{2019,ost}}{Hodnota_péče_{2019}}; Hodnota_péče_{2021}\right]\} \end{aligned}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2019}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2019} = Hodnota_péče_{2019,kompl} + Hodnota_péče_{2019,ost}$$

a kde:

$Hodnota_péče_{2021}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2021} = Hodnota_péče_{2021,kompl} + Hodnota_péče_{2021,ost}$$

a kde:

$Úhr_amb_{2019}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$Úhr_amb_{2021,kompl}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.3, která se stanoví ve výši:

$$\text{Úhr_amb}_{2021,kompl} = max\left\{min\left[\text{Úhr_amb}_{2019,kompl} * 1{,}04 * BON_{16/7,kompl}; Hodnota_péče_{2021,kompl}\right]; min\left[1{,}04; \frac{Hodnota_péče_{2021,kompl} * 1{,}04}{Hodnota_péče_{2019,kompl}}\right] * \text{Úhr_amb}_{2019,kompl} * BON_{16/7,kompl}\right\}$$

kde:

$\text{Úhr_amb}_{2019,kompl}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.3, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$\text{Úhr_amb}_{2019,kompl} = \text{Úhr_amb}_{2019} * \frac{Hodnota_péče_{2019,kompl}}{Hodnota_péče_{2019}}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2019,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2019,kompl} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2019,kompl} * HB_{i,2021}\} + KP_{2019,kompl}\right) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2019,kompl}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.3 poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 7.3, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021.

$HB_{i,2021}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* ve výši hodnoty bodu podle § 15 a 16, podle bodu 7.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce a podle příloh č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 7.1. až 7.10.

$KP_{2019,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.3, včetně úhrady za metody hrazené v roce 2019 za sjednanou cenu (dvě trombomutace společně, tři trombomutace společně, pět trombomutací společně, cystická fibróza 36/50 mutací, Bechtěrev HLA B27, BRCA komplet).

$BON_{16/7,kompl}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,14 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_péče_{2021,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2021,kompl} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2021,kompl} * HB_{i,2021}\} + KP_{2021,kompl}\right) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2021,kompl}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 7.3.

$KP_{2021,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.3.

a kde:

$Úhr_amb_{2021,ost}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2021,ost} = max\left\{min\left[Úhr_amb_{2019,ost} * 1{,}05 * BON_{16/7,ost};\ Hodnota_péče_{2021,ost}\right];\ min\left[1{,}05; \frac{Hodnota_péče_{2021,ost} * 1{,}04}{Hodnota_péče_{2019,ost}}\right] * I_{zp_amb} * Úhr_amb_{2019,ost} * BON_{16/7,ost}\right\}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = max\left[1; IZ_{GAUP} * ARCTG\left(2{,}5 * \frac{Hodnota_péče_{2021,ost} * 1{,}04}{Hodnota_péče_{2019,ost}} - 1{,}118\right)\right]$$

a kde:

$Úhr_{amb\ 2012}$ $Úhr_amb_{2019,ost}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$Úhr_amb_{2019,ost} = Úhr_amb_{2019} * \frac{Hodnota_péče_{2019,ost}}{Hodnota_péče_{2019}}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2019,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2019,ost} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2019,ost} * HB_{i,2021}\} + KP_{2019,ost}\right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2019,ost}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, přičemž se

použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021.

$KP_{2019,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$BON_{16/7,ost}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,13 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_péče_{2021,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2021,ost} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2021,ost} * HB_{i,2021}\} + KP_{2021,ost}\right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2021,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$KP_{2021,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

a kde:

IZ_{GAUP} je index změny ambulantně ošetřených pojištěnců, který je vypočtený následovně:

a) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2021,ost}*1{,}04}{Hodnota_péče_{2019,ost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = \max\left[0; \min\left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2021}}{GAUP_{2019}}-1\right)}{0{,}5*\left(\frac{Hodnota_péče_{2021,ost}*1{,}04}{Hodnota_péče_{2019,ost}}-1\right)}\right)\right]$$

b) Pokud $\frac{\text{Hodnota_péče}_{2021,\text{ost}}*1{,}04}{\text{Hodnota_péče}_{2019,\text{ost}}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2021}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$GAUP_{2019}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

7.16 Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2020.

7.17 V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.15 zahraničním pojištěncům nebo 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,33 Kč.

8. Ostatní úhrady

8.1 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč.

8.2 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč.

8.3 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09564 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 1 000 Kč.

8.4 Poskytovateli, který zajišťuje urgentní příjem a zároveň zajišťuje společně s urgentním příjmem i přidružený provoz lékařské pohotovostní služby, se zvýší úhrada o K x 2 700 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

9. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

11. Nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 1,70 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.

B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetřovacího dne 00005 a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona

a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného OD včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.

b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00021, 00026, 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2021} = KN * PS_{OD,2020}$$

kde:

$PS_{OD,2020}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2020, včetně navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetřovací den, a bez navýšení úhrady plynoucích z plnění kvalitativních kritérií v roce 2020.

KN KN je koeficient navýšení stanovený v písmenech c) a d).

c) KN se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:

   i. Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
   ii. Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
   iii. Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09,
   iv. Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09,
   v. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09.

d) KN definovaný v písmenu c) se dále navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje. Zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kvalitativního kritéria po skončení hodnoceného období. Jedná se o následující kritéria vázaná na daný typ OD:

   i. Personální zabezpečení (vztaženo k úvazku na sledovaném pracovišti):
      (1) Sestra specialistka na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a 00030,
      (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
      (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,
      (4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
      (5) Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a 00030.
   ii. Technické vybavení:
      (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024,
      (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024.

e) Paušální sazba za jeden den hospitalizace OD 00021 a 00026 bude stanovena podle vzorce uvedeného v písmenu b), přičemž pro kategorie pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů se pro tyto OD stanoví hodnota KN ve výši 1,09 do 120. dne hospitalizace a hodnota 1,08 od 121. dne hospitalizace. Počet dní bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2021, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2021. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se hodnota KN stanoví ve výši 1,09.

f) Stanovení výše paušální sazby OD 00021 a OD 00026 podle písmene e) je podmíněno plněním transformačního plánu restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví. V případě neprovedení restrukturalizace podle věty první se výše paušální sazby stanoví podle písmene b).

g) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2020, navýšené o 4 %.

h) Měsíční předběžná úhrada pro poskytovatele vykazující OD 00021 a OD 00026 bude poskytnuta ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc, přičemž OD 00021 a OD 00026 budou oceněny podle písmene b) s použitím hodnoty KN ve výši 1,08. Předběžnou měsíční úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období.

i) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen d), e) a f) a úhrada za OD 00021, 00026 se stanoví podle písmena b).

2. Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče

a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč pro OD 00015, 1,20 Kč pro OD 00017 a 1,19 Kč pro OD 00020.

b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.

c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00017 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.

d) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče (dále jen „DIOP“), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může udělit předchozí souhlas s překročením limitu podle předchozí věty.

e) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

3. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče

a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 7 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,16 Kč.

c) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.

d) Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max\{PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1\ldots m} PUM_{ho,j}\right) * 1{,}14 * KN;\ PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\} + K_{U07.1}$$

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci *j* zdravotní služby v hodnoceném období.

KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

PB_{ho} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období.

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,86 Kč.

KP_{ho} je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

$K_{U07.1}$ je kompenzace za zvýšené náklady při péči o pojištěnce, kterému byla v daném měsíci potvrzena diagnóza U07.1, jejíž výše činí 10 Kč za každý výkon č. 06613 podle seznamu výkonů vykázaný na daného pojištěnce.

j nabývá hodnot 1 až *m*, kde *m* je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období.

$PMUP_{ref}$ je průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1\ldots n} PUM_{ref,i}}$$

kde:

Uhr_{ref} je celková úhrada poskytovateli za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v referenčním období.

$PUM_{ref,i}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci *i* zdravotní služby v referenčním období.

i nabývá hodnot 1 až *n*, kde *n* je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období.

e) U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.

g) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se sjednají ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

h) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 114 % úhrady za referenční období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady a úhrady formou případového paušálu

1.1 Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze

a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2021 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň

b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započetím revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

1.2 Revizi jednotlivého případu podle bodu 1.4 písm. a) zdravotní pojišťovna uplatní pouze

a) na případy v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal 10 či méně případů, nebo

b) maximálně na X případů v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal více než 10 případů a na níž nebyla uplatněna revize podle bodu 1.4 písm. b) nebo c), kde X se vypočítá jako 10 případů plus 10 % případů vykázaných v dané DRG bazi.

1.3 Na DRG baze, v nichž poskytovatel vykázal více než 10 případů, uplatní pojišťovna revize podle bodu 1.4 písm. b) nebo c), s výjimkou případů popsaných v bodě 1.2 písm. b).

1.4 Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší relativní váhou uvedenou v příloze č. 10 k této vyhlášce u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný počet případů násobený relativní vahou (dále jen CM) takto:

a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

$$(CM_{původní} - CM_{revidovaný}) \times 2$$

nebo

b) při revizi, při které bylo prokázáno statisticky méně významné množství nesprávně zařazených případů v jedné DRG bazi, sníží CM o:

$$((CM_{původní} - CM_{revidovaný}) / (CM_{původní})) \times \Sigma \text{ CM baze} \times 0{,}2$$

nebo

c) při revizi, při které bylo prokázáno statisticky významné množství nesprávně zařazených případů v jedné DRG bazi, sníží CM o:

$$((CM_{původní} - CM_{revidovaný}) / (CM_{původní})) \times \Sigma \text{ CM baze} \times 0{,}8$$

kde:

CM baze — je součet relativních vah nebo úhradových tarifů příslušné DRG baze.

DRG baze — jsou agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace.

DRG skupina — je skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle.

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze

je více než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG baze u příslušného poskytovatele.

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG baze

je méně než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG baze u příslušného poskytovatele.

$CM_{původní}$ — je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.

$CM_{revidovaný}$ — je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly.

2. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči

2.1 Regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2021 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

a) celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období,

b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,

c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 7.1, 7.2, 7.4 a 7.10 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než

105 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.

2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech vyžádanou odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem a vyžádané péče za výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vyžádané v ambulantní péči u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 105 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020 a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.

2.5 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 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.

2.6 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3.