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

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v hodnoceném období 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 podle bodu 6, úhradu za ambulantní péči podle bodu 7 (dále jen „ambulantní složka úhrady“), úhradu za zdravotní péči na urgentním příjmu a za lékařskou pohotovostní službu podle bodu 8 a ostatní úhrady podle bodu 9.

1.1 Pro účely bodů 3 až 5 se při výpočtu proměnných v referenčním období případy hospitalizací rozumí případy hospitalizací přepočtené podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2027[6)] (dále jen „Klasifikace“).

1.2 Pro účely bodů 3 až 6 se vyžádanou extramurální péčí 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.

1.3 Pro výkony OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 582 Kč, přičemž tyto výkony jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6. Hrazené služby podle bodu 7.12 písm. c), pokud jsou poskytnuty během hospitalizace pojištěnce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6 a hradí se podle bodu 7.

1.4 Léčivé přípravky, kterým se stanoví úhrada podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 8. Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, přičemž tyto léčivé přípravky a zdravotnické prostředky jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 8 a přílohy č. 15 k této vyhlášce.

1.5 Pro účely bodů 3 až 9 se poskytovatelem, který má status centra vysoce specializované péče, rozumí poskytovatel, který je podle zákona o zdravotních službách držitelem statusu centra vysoce specializované zdravotní péče nebo centra vysoce specializované zdravotní péče pro pacienty se vzácným onemocněním, nebo smluvním poskytovatelem uvedeným v seznamu center vysoce specializované zdravotní péče podle zákona o zdravotních službách.

1.6 Pokud byl v rámci případu hospitalizace vykázán zvlášť účtovaný materiál pro robotickou operativu a současně výkon č. 09539 podle seznamu výkonů, a současně nebyl vykázán jiný výkon podle seznamu výkonů nebo DRG marker podle Klasifikace označující robotický operační výkon, zvlášť účtovaný materiál pro robotickou operativu se nepoužije při přepočtu případu hospitalizace podle Klasifikace pro účel navýšení dílčí relativní váhy případu hospitalizace pro materiálové náklady při překročení horního mezního bodu materiálových nákladů podle Klasifikace.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 části I k této vyhlášce se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Pokud nedojde k dohodě o výši a způsobu úhrady těchto služeb do 31. března hodnoceného období, jsou tyto služby hrazeny podle bodu 4. 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 6.

3. Paušální úhrada

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

3.2 Výše paušální úhrady se stanoví jako $ÚHR_{PU,CZ-DRG,2027}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PU,CZ-DRG,2027} = min\left\{1; \frac{CM_{red,2027,CZ-DRG,AD}}{0{,}98 * CM_{2025,CZ-DRG,AD}}\right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2027,AD}$$

kde:

a) $CM_{2025,CZ-DRG,AD}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 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 a D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce.

b) $EM_{2027,AD}$ 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 A a D k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

d) IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$IPU = PU_{2025,CZ-DRG,A} * 1{,}035 + PU_{2027,CZ-DRG,D}$$

kde:

$PU_{2025,CZ-DRG,A}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené heterogenní složkou paušální úhrady, která se stanoví následovně:

i. $CM_{2025,CZ-DRG,A} * 97\,500$ Kč pro poskytovatele, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a má alespoň v části hodnoceného období alespoň 6 statusů centra vysoce specializované péče a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované komplexní onkologické péče pro dospělé,

ii. $CM_{2025,CZ-DRG,A} * 90\,000$ Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i. a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované traumatologické péče a alespoň 4 další statusy centra vysoce specializované péče,

iii. pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodů i. a ii., se referenční výše úhrady stanoví následovně:

$$PU_{2025,CZ-DRG,A} = min\{CM_{2025,CZ-DRG,A-D} * ZS_{max,2025,PU}; max[CM_{2025,CZ-DRG,A-D} * ZS_{min,2025,PU}; \text{ÚHR}_{PU,CZ-DRG,2025} + \text{ÚHR}^{2025}_{EU,A-D} + \text{ÚHR}^{2025}_{ISU,A-D} + EM_{2025,A-D}]\} * \left(\frac{CM_{2025,CZ-DRG,A}}{CM_{2025,CZ-DRG,A-D}}\right)$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,A-D}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 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 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

$\text{ÚHR}_{PU,CZ-DRG,2025}$ je celková výše paušální úhrady uhrazená poskytovateli v referenčním období.

$EM_{2025,A-D}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 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 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$\text{ÚHR}^{2025}_{ISU,A-D}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zařazené do individuálně smluvně sjednaných bází v referenčním období, a zároveň zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

$\text{ÚHR}^{2025}_{EU,A-D}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zahraničních pojištěnců v referenčním období, zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

$ZS_{min,2025,PU}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 76 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období je součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a zajišťuje péči na urgentním příjmu, 74 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období není součástí referenční sítě a zajišťuje péči na urgentním příjmu, a 70 000 Kč pro poskytovatele, který v hodnoceném období nezajišťuje péči na urgentním příjmu.

$ZS_{max,2025,PU}$ je maximální základní sazba, která se stanoví následovně:

$$ZS_{max,2025,PU} = 0{,}5 * MAX_{2025,PU} + 0{,}5 * IZS_{2025,PU}$$

kde:

$MAX_{2025,PU}$ nabývá hodnoty 145 000 Kč.

$IZS_{2025,PU}$ je referenční individuální základní sazba pro paušální úhradu, která se vypočte následovně:

$$IZS_{2025,PU} = \frac{\acute{U}HR_{PU,CZ-DRG,2025} + \acute{U}HR^{2025}_{EU,A-D} + \acute{U}HR^{2025}_{ISU,A-D} + EM_{2025,A-D}}{CM_{2025,CZ-DRG,A-D}}$$

$PU_{2027,CZ-DRG,D}$ je výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené homogenní složkou paušální úhrady, která se stanoví následovně:

$$PU_{2027,CZ-DRG,D} = CM_{2025,CZ-DRG,D} * CZS_{CZ-DRG,2027} * NM_{PU,D}$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,D}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, části D k této vyhlášce.

$CZS_{CZ-DRG,2027}$ je centrální základní sazba pro CZ-DRG stanovená ve výši 84 000 Kč. V případě, že podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky alespoň 33 % lékařů a 15 % nelékařských zdravotnických pracovníků poskytujících péči u všech poskytovatelů akutní lůžkové péče k 31. prosinci hodnoceného období podstoupilo v období od 1. září hodnoceného období do 31. prosince hodnoceného období očkování proti chřipce, navýší se centrální základní sazba na 85 000 Kč.

$NM_{PU,D}$ je nákladový modifikátor pro homogenní složku paušální úhrady, který se stanoví ve výši 1,15 pro poskytovatele s casemix-indexem (CMI) vyšším než 2,7 podle bodu 4.2 a ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.

e) $CM_{red,2027,CZ-DRG,AD}$ se vypočítá následovně:

i. Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období nebo ukončených v referenčním období a přepočtených podle bodu 1.1, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 75 nebo pokud $PPR_{drg,AD,2027,5} \leq 0{,}075 * PP_{drg,AD,2027}$ nebo pokud $PPR_{drg,AD,2025,5} \leq 0{,}075 * PP_{drg,AD,2025}$, stanoví se redukovaný casemix takto:

$$CM_{red,2027,CZ-DRG,AD} = CM_{2027,CZ-DRG,AD}$$

kde:

$PPR_{drg,AD,2027,5}$ 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, částech A a D k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,AD,2025,5}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 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 a D k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PP_{drg,AD,2027}$ 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, částech A a D k této vyhlášce.

$PP_{drg,AD,2025}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 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 a D k této vyhlášce.

a kde:

$$CM_{2027,CZ-DRG,AD} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{2027,JPL,AD,ij}; CM_{2027,CZ-DRG,AD,ij}\right)\right]\right\}$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,AD,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$CM_{2027,JPL,AD,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části A k této vyhlášce.

i. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2027,CZ-DRG,AD} = CM_{1,2027,CZ-DRG,AD} + CM_{red.5}$$

kde:

$$CM_{1,2027,CZ-DRG,AD} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{1,2027,JPL,AD,ij}; CM_{1,2027,CZ-DRG,AD,ij}\right)\right]\right\}$$

kde:

$CM_{1,2027,CZ-DRG,AD,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, který nebyl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze

č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$CM_{1,2027,JPL,AD,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, který nebyl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části A k této vyhlášce.

a kde:

$$CM_{red,5} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{2027,JPL,AD,5,ij}; CM_{2027,CZ-DRG,AD,5,ij}\right)\right]\right\} * min\left[1; \left(X * \frac{PPR_{drg,AD,2025,5}}{PPR_{drg,AD,2027,5}} * \frac{PP_{drg,AD,2027}}{PP_{drg,AD,2025}}\right)\right]$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,AD,5,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, který byl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech A a D k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*.

$CM_{2027,JPL,AD,5,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, který byl ukončen kódem ukončení léčení 5, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části A k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části A k této vyhlášce.

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

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

$$I_{ZP} = max\left[1; ARCTG\left(3 * \frac{CM_{red,2027,CZ-DRG,AD}}{CM_{2025,CZ-DRG,AD}} - 1{,}443\right)\right]$$

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 a E k této vyhlášce,

a dále služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, pokud nedojde k dohodě o výši a způsobu úhrady těchto služeb do 31. března hodnoceného období podle bodu 2.

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

$$\text{ÚHR}_{vyčl,CZ-DRG,2027} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{CE,nepovinnéJPL,ij}; CM_{2027,CZ-DRG,CE,ij} * NM_{CE}\right) * CZS_{CZ-DRG,2027} * KC_{CE,ij}\right]\right\} + CM_{CE,povinnéJPL} * CZS_{CZ-DRG,2027} + BON_{mRS-90} + \text{ÚHR}_{TEP,2027} - EM_{2027,CE}$$

kde:

a) $CM_{2027,CZ-DRG,CE,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*. Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $CM_{CE,povinnéJPL}$.

b) $CM_{CE,nepovinnéJPL,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části B k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části B k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části B k této vyhlášce.

c) $KC_{CE,ij}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu *i* vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, podle toho, zda poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, nebo tento status ani v části hodnoceného období nemá, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v příloze č. 10 částech C a E k této vyhlášce, a ve výši nejméně 1 u případů hospitalizace *j*, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

d) $CM_{CE,povinnéJPL}$ 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. 14, části C k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části C k této vyhlášce. Do případů

hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, části C k této vyhlášce.

e) $EM_{2027,CE}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

f) NM_{CE} je nákladový modifikátor pro vyčleněnou úhradu, který se stanoví následovně:

i. 1,30 pro poskytovatele s casemix-indexem referenčního období (CMI) vyšším než 2,7. CMI se vypočte následovně:

$$CMI = \frac{CM_{2025,CZ-DRG,všechnyZP}}{PP_{drg,2025,všechnyZP}}$$

kde:

$CM_{2025,CZ-DRG,všechnyZP}$ je počet případů hospitalizací pojištěnců přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, za všechny zdravotní pojišťovny dohromady.

$PP_{drg,2025,všechnyZP}$ je počet případů hospitalizací pojištěnců přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, za všechny zdravotní pojišťovny dohromady.

ii. 1,25 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodu i., který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a má alespoň v části hodnoceného období alespoň 6 statusů centra vysoce specializované péče a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované komplexní onkologické péče pro dospělé,

iii. 1,1 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky podbodů i. a ii. a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované traumatologické péče a alespoň 4 další statusy centra vysoce specializované péče,

iv. 1 pro ostatní poskytovatele.

g) BON_{mRS-90} je navýšení úhrady za péči o pacienty po cévní mozkové příhodě, které zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí, pokud u 90 % pojištěnců mimo zahraničních pojištěnců, u nichž byly poskytovatelem vykázány a zdravotními pojišťovnami uznány případy hospitalizace pacientů ukončené v hodnoceném období do 31. října zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 01-K10-01 až 01-K10-06 podle přílohy č. 10 části C k této vyhlášce, a do skupin vztažených k diagnóze 01-C02-01 až 01-C02-04 a 01-M02-00 podle přílohy č. 10 části E k této vyhlášce,

a u nichž nedošlo do 120 dnů od ukončení této hospitalizace k zániku zdravotního pojištění, je při propuštění z této hospitalizace poskytovatelem vykázán kód U55.20 až U55.26 podle mezinárodní klasifikace nemocí a zároveň je mezi 85. a 120. dnem po ukončení hospitalizace vykázán kterýmkoliv poskytovatelem doplňkový kód U55.30 až U55.36 podle mezinárodní klasifikace nemocí, přičemž plnění těchto podmínek navýšení úhrady se vyhodnotí za všechny zdravotní pojišťovny; navýšení úhrady pro jednotlivou zdravotní pojišťovnu se stanoví v následující výši:

$$BON_{mRS-90} = 0{,}05 * CZS_{CZ-DRG,2027} * CM_{CMP,CZ-DRG,2027}$$

kde:

$CM_{CMP,CZ-DRG,2027}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období do 31. října, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 01-K10-01 až 01-K10-06 podle přílohy č. 10 části C k této vyhlášce, a do skupin vztažených k diagnóze 01-C02-01 až 01-C02-04 a 01-M02-00 podle přílohy č. 10 části E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.

h) $ÚHR_{TEP,2027}$ je úhrada služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, pokud nedojde k dohodě o výši a způsobu úhrady těchto služeb do 31. března hodnoceného období podle bodu 2, která se stanoví následovně:

$$ÚHR_{TEP,2027} = 0{,}875 * CM_{2027,CZ-DRG,I} * CZS_{CZ-DRG,2027} * NM_{TEP} * BON_{TEP} - EM_{2027,I}$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,I}$ 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 I k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, části I k této vyhlášce.

NM_{TEP} je nákladový modifikátor pro totální endoprotézy, který se stanoví ve výši 1,15 pro poskytovatele, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona a má alespoň v části hodnoceného období alespoň 6 statusů centra vysoce specializované péče a má alespoň v části hodnoceného období status centra vysoce specializované komplexní onkologické péče pro dospělé, a ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.

$EM_{2027,I}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

BON_{TEP} je bonifikace za vykazování stratifikačních a kvalitativních parametrů totálních endoprotéz, která se stanovuje ve výši 1,025, pokud poskytovatel zároveň plní všechna níže uvedená hodnocená kritéria, a ve výši 1 v ostatních případech:

- Alespoň u 90 % pojištěnců s hospitalizací poskytovatelem vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou, ukončenou v hodnoceném období, zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 části I k této vyhlášce, je v hodnoceném období vykázána diagnóza U60.10 až U60.7 podle mezinárodní klasifikace nemocí kterýmkoliv poskytovatelem.
- Alespoň u 90 % 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 I k této vyhlášce, je v hodnoceném období poskytovatelem vykázána diagnóza U54.1 až U54.6 podle mezinárodní klasifikace nemocí.
- Alespoň u 50 % případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v období od 1. července do 31. prosince hodnoceného období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 části I k této vyhlášce, je v hodnoceném období vykázán DRG marker č. 91999 nebo signální výkon dodržení národního klinického protokolu pro totální endoprotézy.
- Alespoň u 50 % pojištěnců s hospitalizací poskytovatelem vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou, ukončenou v období od 1. července do 31. prosince hodnoceného období, zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 části I k této vyhlášce, je pojištěncem nejdříve 60 dní před přijetím k hospitalizaci a nejpozději do 90 dnů po ukončení hospitalizace vyplněn dotazník hodnocení výsledků léčby (PROMs - Patient-Reported Outcome Measures) metodiky Oxford Knee Score nebo Oxford Hip Score s využitím elektronického dotazníkového nástroje zdravotní pojišťovny. V případě, že zdravotní pojišťovna pojištěncům vyplnění dotazníku neumožní, považuje se toto kritérium za splněné.

5. <u>Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG</u>

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

5.2 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $ÚHR_{PP,CZ-DRG,2027}$ podle výrazu:

$$ÚHR_{PP,CZ-DRG,2027} = \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{BFG,nepovinnéJPL,ij}; CM_{2027,CZ-DRG,BFG,ij} * NM_{PP}\right) * CZS_{CZ-DRG,2027} * KC_{BFG,ij}\right]\right\}$$
$$+ CZS_{CZ-DRG,2027} * \left(CM_{BFG,povinnéJPL} + 0{,}5 * CM_{děti} + CM_{red,2027,CZ-DRG,H} * K_{DZ}\right) - EM_{2027,BFGH}$$

kde:

a) $CM_{2027,CZ-DRG,BFG,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*. Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $CM_{BFG,povinnéJPL}$.

b) $CM_{BFG,nepovinnéJPL,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, části D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části D k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, části D k této vyhlášce.

c) $CM_{BFG,povinnéJPL}$ 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. 14, části E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, části E k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, části E k této vyhlášce.

d) $CM_{děti}$ je počet případů hospitalizací pacientů, kteří v den přijetí k hospitalizaci nedovršili 18 let věku, vykázaných poskytovatelem, který má alespoň v části hodnoceného období statut centra vysoce specializované komplexní onkologické péče, zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části J k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

e) $EM_{2027,BFGH}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, F, G a H k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

f) $KC_{BFG,ij}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu *i* vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, podle toho, zda poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro

danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, nebo tento status ani v části hodnoceného období nemá, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v příloze č. 10 částech B, F a G k této vyhlášce, a ve výši nejméně 1 u případů hospitalizace *j*, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

g) NM_{PP} je nákladový modifikátor pro případový paušál, který se stanoví ve výši 1,15 pro poskytovatele s casemix-indexem (*CMI*) vyšším než 2,7 podle bodu 4.2 a ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.

h) K_{DZ} je koeficient péče o duševní zdraví, který se stanoví následovně:

$$K_{DZ} = 1 + KP_{krit} + K_{CDZ} + K_{DS} + K_{TransNLP}$$

kde:

i. KP_{krit} je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny podmínky uvedené v bodě 5.3. V ostatních případech KP_{Krit} nabývá hodnoty -0,06.

ii K_{CDZ} je koeficient bonifikace za provoz centra duševního zdraví, který nabývá nejvyšší splněnou hodnotu, přičemž pokud poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 350, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,03, pokud alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 355 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,04, a pokud alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 355 podle seznamu výkonů a zároveň alespoň v jedné z odborností 350, 360, 370 nebo 922 podle seznamu výkonů nabývá hodnoty 0,06.

iii. K_{DS} je koeficient bonifikace za provoz denního stacionáře, který nabývá hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v rámci denního psychiatrického stacionáře vykazovaného výkony č. 00043 podle seznamu výkonů, a hodnoty 0,02 v případě, že nevykazoval výkony č. 00043 podle seznamu výkonů, ale vykazoval výkony č. 00041 nebo 00042 podle seznamu výkonů.

iv. $K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu a redukce následné lůžkové péče, který se stanoví ve výši 0 pro poskytovatele bez transformačního plánu, a pro poskytovatele s transformačním plánem se vypočte následovně:

$$K_{TransNLP} = 0{,}10 * \sqrt{\frac{0{,}25 * PLNLP_{2018}}{PLNLP_{2030}}} * \min\left[1{,}1; \frac{PLNLP_{2018} - PLNLP_{2027}}{0{,}85 * (PLNLP_{2018} - PLNLP_{2030})}\right]$$

kde:

$PLNLP_{2018}$ je počáteční počet lůžek následné lůžkové péče před započetím transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek následné lůžkové péče k 1. lednu 2018.

$PLNLP_{2030}$ je cílový počet lůžek následné lůžkové péče po ukončení transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek následné

a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče, s výjimkou lůžek ochranné léčby určených k vykazování výkonů č. 00090 a 00091 podle seznamu výkonů, který je podle transformačního plánu plánován k 31. prosinci 2030.

$PLNLP_{2027}$ je celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče, s výjimkou lůžek ochranné léčby určených k vykazování výkonů č. 00090 a 00091 podle seznamu výkonů, k 31. prosinci hodnoceného období.

i) $CM_{red,2027,CZ-DRG,H}$ je redukovaný casemix, který se vypočítá následovně:

i. Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1, ukončených v referenčním období 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:

$$CM_{red,2027,CZ-DRG,H} = CM_{2027,CZ-DRG,H}$$

ii. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

$$CM_{red,2027,CZ-DRG,H} = CM_{2027,CZ-DRG,H} * min\left\{1; X * \frac{max\left(14; LOS^{median}_{2025,CZ-DRG,H}\right)}{LOS^{median}_{2027,CZ-DRG,H}}\right\}$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,H}$ 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 H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

$LOS^{median}_{2025,CZ-DRG,H}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 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.

$LOS^{median}_{2027,CZ-DRG,H}$ je medián délky hospitalizace u 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 H k této vyhlášce.

X je proměnná podle bodu 3.2.

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 $CM_{red,2027,CZ-DRG,H}$ následující referenční hodnotu:

$$LOS^{median}_{2025,CZ-DRG,H} = 18$$

5.3 Vyhodnocení plnění následujících kritérií poskytování akutní psychiatrické péče provede zdravotní pojišťovna do 20. května kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období:

a) 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, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 55 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených 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 skupin vztažených k diagnóze uvedených 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 skupin vztažených k diagnóze uvedených 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 skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H k této vyhlášce.

6. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce v případě, že tyto služby jsou hrazeny podle bodu 2, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\text{Úhr}_{pod50,CZ-DRG,2027} = \left(CM_{2027,CZ-DRG,AD} + CM_{2027,CZ-DRG,H} * K_{DZ} + 0{,}875 * CM_{2027,CZ-DRG,I}\right) * ZS_{pod50} + \left\{\sum_{i=1}^{n}\left[\sum_{j=1}^{m} max\left(CM_{BCEFG,nepovinnéJPL,ij} * CZS_{CZ-DRG,2027}; CM_{2027,CZ-DRG,BCEFG,ij} * ZS_{pod50}\right) * KC_{BCEFG,ij}\right]\right\} + CM_{BCEFG,povinnéJPL} * CZS_{CZ-DRG,2027} - EM_{pod50,2027}$$

kde:

$CM_{2027,CZ-DRG,BCEFG,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce. Index *i* označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce. Index *j* označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny *i*. Do případů hospitalizací podle věty první se nezahrnou případy hospitalizací zahrnuté do proměnné $CM_{BCEFG,povinnéJPL}$.

$CM_{BCEFG,nepovinnéJPL,ij}$ je případ hospitalizace *j* poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny *i* vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 14, částech B a D k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, částech B a D k této

vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u skupiny *i* v příloze č. 14, částech B a D k této vyhlášce.

$KC_{BCEFG,i}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu *i* vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, podle toho, zda poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 status centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10 částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, nebo tento status ani v části hodnoceného období nemá, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný status centra vysoce specializované péče v příloze č. 10 částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a ve výši nejméně 1 u případů hospitalizace *j*, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

$CM_{BCEFG,povinnéJPL}$ 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. 14, částech C a E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2027 uvedenými v příloze č. 14, částech C a E k této vyhlášce. Do případů hospitalizace podle předchozí věty se zahrnou pouze případy splňující podmínky definované u těchto skupin v příloze č. 14, částech C a E k této vyhlášce.

$EM_{pod50,2027}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupiny vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin 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.

ZS_{pod50} je základní sazba CZ-DRG pod 50 případů hospitalizací, která se stanoví následovně:

$$ZS_{pod50} = CZS_{CZ-DRG,2027} * NM_{PP}$$

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 a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 914, 916, 917, 919, 921, 925, 926 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou péče hrazené podle bodu 8 a s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.

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

7.2 Hrazené služby poskytované v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství se hradí podle § 16. Hrazené služby poskytované v rámci lékárenské pohotovostní služby se hradí podle § 19.

7.3 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,98 Kč.

7.4 Hrazené služby

a) poskytované poskytovateli v odbornostech 350, 355, 370, 920, 922 a 935 podle seznamu výkonů, se hradí s hodnotou bodu, která se určí podle části A bodu 1 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž při vyhodnocení písmene l) se přihlíží jen k dané odbornosti,

b) poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309, 360, 901, 910, 919 a 931 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu, která se určí podle části A bodu 1 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž při vyhodnocení písmene l) se přihlíží jen k dané odbornosti,

c) poskytované poskytovateli v odbornosti 914 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce,

d) poskytované v rámci samostatné ambulance psychiatrické krizové péče nebo v rámci samostatného pracoviště psychiatrické krizové péče podle bodu 8 v odbornostech 305, 308, 901, 914, 920 a 935 podle seznamu výkonů poskytovatelem splňujícím podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 8 se hodnota bodu pro tyto hrazené služby stanoví ve výši 1,24 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,39 Kč, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle písmen a) až c) se nepoužijí.

7.5 Hrazené služby poskytované poskytovateli

a) v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. c) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

b) v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 3 k této vyhlášce a násobí se koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21, přičemž navýšení podle části A bodu 1 písm. l) přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije,

c) v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. i) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21.

7.6 Hrazené služby poskytované pojištěncům do dne dosažení 15 let

a) v odbornostech specializované ambulantní péče podle seznamu výkonů s výjimkou hrazených služeb podle bodů 7.4, 7.5 a 7.13 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. k) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

b) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů s výjimkou hrazených služeb podle bodu 7.14 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce násobené koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21.

7.7 Výkony odbornosti 806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce.

7.8 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli

a) v odbornosti 921 podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije,

b) v odbornosti 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části B bodu 1 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení podle části B bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části B bodu 1 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.

7.9 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodů 1 a 2 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro hrazené služby uvedené v části B přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada stanoví podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce.

7.10 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle přílohy č. 11 k této vyhlášce. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, které nelze hradit podle věty první, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

7.11 Výkon č. 88101 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,92 Kč.

7.12 Výkony

a) novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81753, 81755, 93121, 93123, 93124, 93281, 94297 a 94298 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,23 Kč,

b) záchytu a prevence karcinomu děložního hrdla č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, výkony časného záchytu karcinomu prostaty č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů a výkon č. 81733 podle seznamu výkonů vykázaný v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce,

c) č. 02125 podle seznamu výkonů poskytované podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti s podáním zvlášť účtovaného léčivého přípravku ATC skupiny J07BB02 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle části A bodu 5 písm. b) přílohy č. 2 k této vyhlášce,

d) č. 97112 až 97124 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 písm. e) přílohy č. 5 k této vyhlášce,

e) č. 87697, 87800, 99790 až 99800 a 99804 až 99806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 písm. f) přílohy č. 5 k této vyhlášce.

7.13 Výkony

a) č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15800 a 15950 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s

hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

b) screeningu karcinomu plic č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

c) časného záchytu karcinomu prostaty č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 706 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

d) časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 102 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21,

e) č. 75022 podle seznamu výkonů, vykázané společně s výkonem č. 02040 nebo 02041 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.21.

7.14 Výkony

a) č. 89111 až 89131, 89660, 89661 a 89951 až 89958 podle seznamu výkonů, a výkony č. 89970 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21,

b) č. 89711 až 89725 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 písm. c) věty první přílohy č. 5 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{rad} podle bodu 7.21.

7.15 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, přičemž navýšení úhrady podle části A bodů 2, 6 a 7 přílohy č. 2 k této vyhlášce a regulační omezení podle části C přílohy č. 2 k této vyhlášce se pro tyto hrazené služby nepoužijí.

7.16 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodech 7.4 až 7.6 a 7.13, 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. l) a bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení podle části B přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužijí.

7.17 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 807 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodech 7.6 a 7.11 až 7.14, se hodnota bodu stanoví:

a) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 písm. b) a c) a bodů 5 a 6 a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí,

b) v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, s výjimkou výkonů podle kapitol 819 a 999 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové výše úhrady podle části B bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužije.

7.18 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1,04 Kč. Hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám v souvislosti se zaevidováním těhotné pojištěnky ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče k porodu a předporodní ambulantní péči v odbornostech 603 nebo 604 podle seznamu výkonů uhradí zdravotní pojišťovna souhrnnou úhradou ve výši 2 520 Kč. Souhrnná úhrada je uhrazena poskytovateli, který pojištěnku zaevidoval k porodu na základě žádanky registrujícího poskytovatele odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů, a to pouze jedenkrát za těhotenství pojištěnky. V souhrnné úhradě jsou zahrnuty veškeré hrazené služby od 36. týdne těhotenství související se zaevidováním těhotné ženy k porodu a s následnou předporodní ambulantní péčí v zařízení až do data porodu, včetně úhrady za výkony č. 09119, 63022, 63023, 63055, 63115, 63415 a 63417 podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony nejsou v období mezi 36. týdnem těhotenství a porodem vykazovány podle seznamu výkonů ani poskytovatelem, který těhotnou pojištěnku zaevidoval k porodu, ani jinými poskytovateli, s výjimkou výkonů, které je neevidující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku. Poskytnutí souhrnné úhrady podle tohoto bodu není podmíněno porodem u poskytovatele, který pojištěnku zaevidoval. Souhrnná úhrada poskytovateli lůžkové péče nevylučuje současnou úhradu registrujícímu poskytovateli ambulantní péče za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství podle části B bodu 1 písm. c) přílohy č. 4 k této vyhlášce a úhradu registrující ambulanci u poskytovatele lůžkové péče za výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63055, 63115, 63413 a 63417 podle seznamu výkonů, poskytnuté ve třetím trimestru těhotenství, podle věty první tohoto bodu.

7.19 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 916 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodů 3 a 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužijí.

7.20 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 bodů 3 a 4 a výpočet celkové výše úhrady podle bodu 5 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.

7.21 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.15 až 7.20 se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2027} = Úhr_amb_{2027,lab} + Úhr_amb_{2027,radost}$$

kde:

a) $Úhr_amb_{2027,lab}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b), která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2027,lab} = min\left\{min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2027,lab}}{Hodnota_péče_{2025,lab}}\right] * KN_{amb}^{lab} * Úhr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_péče_{ref,lab}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}; Hodnota_péče_{2027,lab}\right\}$$

kde:

i. $Hodnota_péče_{ref,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

ii. $Hodnota_péče_{2025,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2025,lab} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2025,lab} * HB_{i,2027,lab}\} + KP_{2025,lab}\right) * BON_{lab}$$

kde:

$PB_{i,2025,lab}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.17 písm. b) poskytnuté v referenčním období, kde *i*=1 až n, kde n je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. b), přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2027,lab}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodu 7.17 písm. b), kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. b).

$KP_{2025,lab}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.17 písm. b).

BON_{lab} je bonifikace pro ambulantní laboratoře, která se stanoví následovně:

$$BON_{lab} = 1 + BON_{prodloužený_režim}^{lab} + BON_{akreditace}$$

kde:

$BON_{prodloužený_režim}^{lab}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,02 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 12 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři; hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři; hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři; a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{akreditace}$ je bonifikace za akreditaci, která se stanoví ve výši 0, pokud je poskytovatel po celé hodnocené období držitelem Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu

NASKL R3 na alespoň třech čtvrtinách laboratorních pracovišť, a ve výši -0,5 v ostatních případech.

iii. $Hodnota_péče_{2027,lab}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2027,lab} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2027,lab} * HB_{i,2027}\} + KP_{2027,lab}\right) * BON_{lab}$$

kde:

$PB_{i,2027,lab}$ 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 7.17 písm. b).

$KP_{2027,lab}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b).

iv. KN_{amb}^{lab} je koeficient navýšení pro ambulantní laboratoře, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{lab} = 1{,}045 + změnaBON_{lab}$$

kde:

$změnaBON_{lab}$ je změna v bonifikačních kritériích ambulantních laboratoří mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví následovně:

$$změnaBON_{lab} = změnaBON_{prodloužený_režim}^{lab} + BON_{akreditace}$$

kde:

$změnaBON_{prodloužený_režim}^{lab}$ je změna v bonifikaci za prodloužený režim ambulantních laboratoří, která se stanoví ve výši podle následující tabulky:

		Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři **v hodnoceném období** v rozsahu:			
		<12/7	**12/7**	**16/7**	**24/7**
Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři **v referenčním období** v rozsahu:	**<12/7**	0	0,02	0,03	0,04
	12/7	-0,02	0	0,01	0,02
	16/7	-0,03	-0,01	0	0,01
	24/7	-0,04	-0,02	-0,01	0

v. $Úhr_amb_{ref}$ je referenční výše regulované ambulantní úhrady, která se vypočte následovně:

$$Úhr_amb_{ref} = \frac{Hodnota_péče_{ref}^{red}}{Hodnota_péče_{ref}} * min\left[Hodnota_péče_{ref}; 0{,}5 * Úhr_amb_{2025} + 0{,}5 * Hodnota_péče_{ref}\right]$$

kde:

$Úhr_amb_{2025}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.6, 7.8 písm. a), 7.12 písm. e), 7.13 písm. e), 7.14 písm. b) a 7.15 až 7.20, včetně úhrady za výkony klinických vyšetření podle seznamu výkonů vykázané v odbornostech zahrnutých v referenčním období v regulované složce ambulantní úhrady u pojištěnce ve stejný den, ve který byl vykázán některý z výkonů č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů, a včetně úhrady zahraničních pojištěnců, s výjimkou hrazených služeb v odbornostech 210, 301, 302, 303, 304, 405, 409, 502, 704 a 707 podle seznamu výkonů.

$Hodnota_péče_{ref}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.6, 7.8 písm. a), 7.12 písm. e), 7.13 písm. e), 7.14 písm. b) a 7.15 až 7.20 v referenčním období, včetně hodnoty výkonů klinických vyšetření podle seznamu výkonů vykázaných v odbornostech zahrnutých v referenčním období v regulované složce ambulantní úhrady u pojištěnce ve stejný den, ve který byl vykázán některý z výkonů č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb v odbornostech 210, 301, 302, 303, 304, 405, 409, 502, 704 a 707 podle seznamu výkonů, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_péče_{ref}^{red}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15 až 7.20 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

a kde:

b) $Úhr_amb_{2027,radost}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20, která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2027,radost} = min\left\{min\left[1; \frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}}\right] * I_{zp_amb} * KN_{amb}^{radost} * Úhr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_péče_{ref,radost}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}; Hodnota_péče_{2027,radost}\right\}$$

kde:

i. $Hodnota_péče_{ref,radost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu

platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

ii. $Hodnota_péče_{2025,radost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2025,radost} = Hodnota_péče_{2025,rad} + Hodnota_péče_{2025,ost}$$

kde:

I. $Hodnota_péče_{2025,ost}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2025,ost} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2025,ost} * HB_{i,2027,ost}\} + KP_{2025,ost}\right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2025,ost}$ 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 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2027,ost}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20, kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

$KP_{2025,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

BON_{ost} je bonifikace pro ostatní ambulance, která se stanoví následovně:

$$BON_{ost} = 1 + BON_{16/7,ost} + BON_{objednávkový_systém}$$

kde:

$BON_{16/7,ost}$ je bonifikace za prodlouženou ordinační dobu, která nabývá hodnoty 0,06 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 4 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí, a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{objednávkový_systém}$ je bonifikace za objednávkový systém, která se stanoví ve výši 0,04 pro poskytovatele, který po celé hodnocené období provozuje elektronický objednávkový systém, který na ambulantních pracovištích umožňuje pojištěncům objednání na konkrétní hodinu a přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. Elektronický objednávkový systém musí zahrnovat možnost objednávání na všechny nasmlouvané a poskytované zdravotní služby podle bodu 7.13 písm. a) až d) a dále možnost objednání alespoň na 20 % souhrnné ordinační doby pracovišť odborností podle bodů 7.4, 7.5, 7.15, 7.16, 7.18 a 7.20, přičemž za každé pracoviště se do souhrnné ordinační doby započítává ordinační doba maximálně ve výši 35 hodin týdně

a nezahrnují se pracoviště příjmových ambulancí s nepřetržitým provozem; a ve výši 0 v ostatních případech.

II. $Hodnota_péče_{2025,rad}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2025,rad} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2025,rad} * HB_{i,2027,rad}\} + KP_{2025,rad}\right) * BON_{rad}$$

kde:

$PB_{i,2025,rad}$ 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 bodu 7.17 písm. a), přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2027,rad}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodu 7.17 písm. a), kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. a).

$KP_{2025,rad}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.17 písm. a).

BON_{rad} je bonifikace pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště, která se stanoví následovně:

$$BON_{rad} = 1 + BON^{rad}_{prodloužený_režim} + BON_{sdílení_dat}$$

kde:

$BON^{rad}_{prodloužený_režim}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 12 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; hodnoty 0,06 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; hodnoty 0,08 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{sdílení_dat}$ je bonifikace za sdílení obrazových dat, která se stanoví ve výši 0,02, pokud je poskytovatel po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, a ve výši 0 v ostatních případech.

iii. $Hodnota_péče_{2027,radost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2027,radost} = Hodnota_péče_{2027,rad} + Hodnota_péče_{2027,ost}$$

kde:

I. $Hodnota_péče_{2027,ost}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2027,ost} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2027,ost} * HB_{i,2027,ost}\} + KP_{2027,ost}\right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2027,ost}$ 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 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

$KP_{2027,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

II. $Hodnota_péče_{2027,rad}$ se vypočte následovně:

$$Hodnota_péče_{2027,rad} = \left(\sum_{i=1}^{n}\{PB_{i,2027,rad} * HB_{i,2027,rad}\} + KP_{2027,rad}\right) * BON_{rad}$$

kde:

$PB_{i,2027,rad}$ 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 7.17 písm. a).

$KP_{2027,rad}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. a).

iv. KN_{amb}^{radost} je koeficient navýšení pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště a ostatní ambulance, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{radost} = \frac{KN_{amb}^{rad} * Hodnota_péče_{ref,rad} + KN_{amb}^{ost} * Hodnota_péče_{ref,ost}}{Hodnota_péče_{ref,radost}}$$

kde:

I. $Hodnota_péče_{ref,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

II. $Hodnota_péče_{ref,rad}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. a) v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

III. KN_{amb}^{ost} je koeficient navýšení pro ostatní ambulance, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{ost} = 1{,}07 + změnaBON_{16/7,ost} + změnaBON_{objednávkový_systém}$$

kde:

$změnaBON_{16/7,ost}$ je změna v bonifikačních kritériích za ordinační dobu ostatních ambulancí mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví ve výši 0,06 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období poskytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 4 specializovaných ambulantních pracovištích včetně příjmových ambulancí a v referenčním období poskytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu nejvýše na 1 specializovaném ambulantním pracovišti včetně příjmových ambulancí; ve výši -0,06 v případě, že poskytovatel v referenčním období poskytoval a v hodnoceném období neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 4 specializovaných ambulantních pracovištích včetně příjmových ambulancí; a ve výši 0 v ostatních případech.

$změnaBON_{objednávkový_systém}$ je změna v bonifikačních kritériích za objednávkový systém ostatních ambulancí mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví ve výši 0,04 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období splňoval podmínky pro bonifikaci $BON_{objednávkový_systém}$ a v referenčním období neprovozoval elektronický objednávkový systém; ve výši 0 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období splňoval podmínky pro bonifikaci $BON_{objednávkový_systém}$ a v referenčním období provozoval elektronický objednávkový systém nebo že poskytovatel v hodnoceném období nesplňoval podmínky pro bonifikaci $BON_{objednávkový_systém}$ a v referenčním období neprovozoval elektronický objednávkový systém; a ve výši -0,04 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období nesplňoval podmínky pro bonifikaci $BON_{objednávkový_systém}$ a v referenčním období provozoval elektronický objednávkový systém.

IV. KN_{amb}^{rad} je koeficient navýšení pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{rad} = 1{,}05 + změnaBON_{prodloužený_režim}^{rad} + změnaBON_{sdílení_dat}$$

kde:

$změnaBON^{rad}_{prodloužený_režim}$ je změna v bonifikaci za prodloužený režim ambulantních radiodiagnostických pracovišť, která se stanoví ve výši podle následující tabulky:

		Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti **v hodnoceném období** v rozsahu:			
		<12/7	**12/7**	**16/7**	**24/7**
Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti **v referenčním období** v rozsahu:	**<12/7**	0	0,04	0,06	0,08
	12/7	-0,04	0	0,02	0,04
	16/7	-0,06	-0,02	0	0,02
	24/7	-0,08	-0,04	-0,02	0

$změnaBON_{sdílení_dat}$ je změna v bonifikaci za sdílení dat ambulantních radiodiagnostických pracovišť, která se stanoví ve výši 0,02 pokud je poskytovatel po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat a v referenčním období zapojen nebyl; ve výši 0 v případě, že poskytovatel v hodnoceném i referenčním období shodně byl nebo nebyl zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat; a ve výši -0,02 v případě, že poskytovatel v části hodnoceného období nebyl zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat a v referenčním období byl zapojen.

v. $Úhr_amb_{ref}$ je referenční výše regulované ambulantní úhrady podle písm. a) podbodu v.

vi. $Hodnota_péče^{red}_{ref}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle písm. a) podbodu v.

vii. I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = max\left\{1; 1 + IZ_{GAUP} * \left[ARCTG\left(2{,}6 * \frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}} - 1{,}069\right) - 1\right]\right\}$$

kde:

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

I. Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = max\left[0; min\left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2027}}{GAUP_{2025}} - 1\right)}{0{,}5 * \left(\frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}} - 1\right)}\right)\right]$$

II. Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2027,radost}}{Hodnota_péče_{2025,radost}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2027}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20.

$GAUP_{2025}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20.

7.22 V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.20 poskytne 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč a body 7.1 až 7.21 se nepoužijí.

8. Pro hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů, pro hrazené služby lékařské pohotovostní služby a pro výkon č. 09564 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví následovně:

$$Úhr_{Urg,ZZS,LPS,2027} = Úhrada_{PřijemZZS,2027} + Paušál_{LPS,2027} + Úhrada_{Urg,2027}$$

kde:

a) $Úhrada_{PřijemZZS,2027}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony č. 09564 podle seznamu výkonů, která se stanoví ve výši 1 000 Kč za každý výkon.

b) $Paušál_{LPS,2027}$ je paušální úhrada za hrazené služby lékařské pohotovostní služby, která se stanoví následovně:

$$PaušálLPS_{2027} = K * \left(Paušál_{LPS,dospělí,2027} + Paušál_{LPS,děti,2027}\right)$$

kde:

K nabývá hodnoty od 0 do 1, přičemž pro poskytovatele, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče, se stanoví podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je zajišťována lékařská pohotovostní služba, a pro ostatní poskytovatele se tento poměr stanoví podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okresu, kde je zajišťována lékařská pohotovostní služba.

$Paušál_{LPS,dospělí,2027}$ je složka paušální úhrady služeb lékařské pohotovostní služby pro dospělé v rámci urgentního příjmu ve výši 2 000 000 Kč.

$Paušál_{LPS,děti,2027}$ je složka paušální úhrady služeb lékařské pohotovostní služby pro děti a dorost u poskytovatelů s dětským oddělením akutní lůžkové péče ve výši 2 000 000 Kč.

c) $Úhrada_{Urg,2027}$ je úhrada za hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů, která se stanoví následovně:

$$Úhrada_{Urg,2027} = K * \left(Paušál_{Urg,2027} + CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}\right) + Výkony_{Urg,2027}$$

kde:

i. $Paušál_{Urg,2027}$ je paušální složka úhrady urgentního příjmu, pro kterou platí:

I. výše 310 000 000 Kč pro poskytovatele, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a status centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti,

II. výše 75 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavci I., který alespoň v části hodnoceného období má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje urgentní příjem,

III. výše 12 500 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. a II., který zajišťuje urgentní příjem,

IV. výše 0 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. až III.,

V. výše paušální složky podle odstavců I. až III. se krátí o 50 % v případě, že poskytovatel prokazatelně nezajistí péči na urgentním příjmu po celé hodnocené období v nepřetržitém režimu a výpadek provozu přesáhne 72 hodin za celé hodnocené období v případě urgentního příjmu nebo 3 po sobě jdoucí dny v případě lékařské pohotovostní služby pro dospělé nebo nezajistí služby v rámci lékařské pohotovostní služby pro dospělé alespoň v rozsahu stanoveném vyhláškou o pohotovostních službách.

VI. výše paušální složky podle odstavce IV. se použije také pro poskytovatele, jehož urgentní příjem nesplňuje požadavky na personální zabezpečení a věcné a technické vybavení pracovišť urgentního příjmu podle prováděcích právních předpisů k zákonu o zdravotních službách.

VII. výše paušální složky podle odstavce IV. se použije také pro poskytovatele, který v hodnoceném období poskytl a všem zdravotním pojišťovnám dohromady vykázal méně než 3 650 výkonů č. 06720 podle seznamu výkonů a zároveň podle písmene a) méně než 5 000 výkonů č. 09564 podle seznamu výkonů, přičemž tento odstavec se neuplatní, pokud pracoviště urgentního příjmu bylo zařazeno do smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb po 31. prosinci 2025.

ii. $Výkony_{Urg,2027}$ je výkonová složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

$$Výkony_{Urg,2027} = min\left[0{,}6 * \left(PB_{urg,2027} + KP_{2027}\right) + 0{,}75 * (PB_{LPS,2027} + PB_{KV,2027}); Limit_{urg,2027}\right]$$

kde:

$PB_{urg,2027}$ je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728 a 06729 podle seznamu výkonů vykázané v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

$PB_{LPS,2027}$ je počet bodů za výkony vykázané v rámci lékařské pohotovostní služby v hodnoceném období.

$PB_{KV,2027}$ je počet bodů za výkony klinických vyšetření podle seznamu výkonů vykázaných v ambulantních odbornostech u pojištěnců ve stejný den, ve který byl vykázán některý z výkonů č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

KP_{2027} je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných společně s výkony zahrnutými v hodnoceném období ve výkonové složce úhrady urgentního příjmu.

$Limit_{urg,2027}$ je horní hranice výkonové složky úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

I. K*165 000 000 Kč pro poskytovatele, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a status centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti,

II. K*100 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavci I., má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje urgentní příjem,

III. K*60 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. a II., u kterého se uplatňuje paušální složka úhrady urgentního příjmu podle podbodu i. odstavců I. až III.,

IV. K*10 000 000 Kč pro poskytovatele, u kterého se neuplatňuje paušální složka úhrady urgentního příjmu podle podbodu i. odstavců I. až III., a zajišťuje urgentní příjem,

V. 0 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky uvedené v odstavcích I. až IV.

iii. $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ je paušální bonifikace za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu, která se stanoví následovně:

I. poskytovateli, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje na urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé v samostatné místnosti (dále jen „samostatná ambulance“) a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ stanoví ve výši 1 000 000 Kč,

II. poskytovateli, který má status centra vysoce specializované traumatologické péče a zajišťuje při urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé na samostatném pracovišti a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ stanoví ve výši 2 500 000 Kč.

8.1 Bonifikace $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ podle bodu 8 písm. c) podbodu iii. odstavce I. náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

a) v rámci pracoviště urgentního příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů je zřízena samostatná ambulance psychiatrické krizové péče s nepřetržitým provozem včetně zajištění telefonické krizové intervence s nepřetržitým provozem,

b) samostatná ambulance psychiatrické krizové péče je personálně zajištěna vyčleněným zdravotnickým pracovníkem se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence a dále stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901, 914, 920 a 935 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,

c) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

8.2 Bonifikace $CKP^{paušální}_{bonifikace,2027}$ podle bodu 8 písm. c) podbodu iii. odstavce II. náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

a) při pracovišti urgentního příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů je zřízeno samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče s nepřetržitým provozem včetně zajištění telefonické krizové intervence s nepřetržitým provozem,

b) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 8 hodin do 22 hodin zdravotnickými pracovníky vyčleněnými pouze pro toto pracoviště v minimálním rozsahu psychiatra v úvazku 1,00 nebo klinického psychologa v úvazku 1,00 a psychiatrické sestry v úvazku 1,00 nebo všeobecné sestry v úvazku 1,00,

c) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 22 hodin do 8 hodin stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901, 914, 920 a 935 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,

d) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na samostatném pracovišti při urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

9. <u>Ostatní úhrady</u>

9.1 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 12 500 Kč.

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

9.3 Poskytovateli, který zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,5 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nástavbový obor paliativní medicína nebo lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 1,0 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě konziliárních týmů pro děti, 0,5 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,5 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši K x 2 050 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli, který nesplňuje podmínky podle věty první, ale zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,3 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nástavbový obor paliativní medicína nebo lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě konziliárních týmů pro děti, 0,25 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,25 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši K x 1 025 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel má status centra vysoce specializované komplexní onkologické péče, vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo vysoce specializované komplexní kardiologické péče, pojišťovna uhradí činnost až 2 konziliárních týmů paliativní péče pro dospělé. V případě, že poskytovatel zajišťuje současně s jedním nebo více konziliárními týmy pro dospělé i konziliární tým pro děti, pojišťovna uhradí činnost tohoto týmu navíc k týmům pro dospělé. Úhrada poskytovateli se dále navýší o 4 500 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců od 18 let a o 9 000 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců do 18 let, u kterého byl poskytovatelem vykázán a zdravotní pojišťovnou uznán výkon intervence konziliárního týmu paliativní péče. Úhrada podle předchozí věty poskytovateli náleží i za pojištěnce hospitalizované v následné, dlouhodobé a sociálně-zdravotní lůžkové péči, kde se za případ hospitalizace považuje souvislé vykazování příslušných ošetřovacích dnů včetně ošetřovacích dnů propustek u pojištěnce jedním poskytovatelem.

9.4 Poskytovateli, který zajišťuje péči o pacienty se vzácným onemocněním, zapojenému do evropské referenční sítě podle směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU, se zvýší úhrada následovně:

$$ERN_{2027} = K * \sum_{i=1}^{n} \left[8500000 + 1500000 * n * \frac{UOP_{i,2027,99976}}{UOP_{2027,99976}} \right] + 126 * UOP_{2027,99976}$$

kde:

K	nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce.
$i = 1 \ldots n$	označuje jednotlivou referenční síť, které je poskytovatel v hodnoceném období členem, kde n je celkový počet těchto sítí u poskytovatele.

$UOP_{i,2027,99976}$ je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenční síti *i*, na které byly v hodnoceném období poskytovatelem vykázány výkony č. 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.

$UOP_{2027,99976}$ je celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčních sítích poskytovatele, na které byly v hodnoceném období poskytovatelem vykázány výkony č. 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.

9.5 Za každý výkon č. 51887 podle seznamu výkonů, vykázaný poskytovatelem se statusem centra vysoce specializované onkologické péče a zdravotní pojišťovnou uznaný, se stanoví úhrada ve výši 250 Kč.

9.6 Poskytovateli, který po celé hodnocené období zajišťuje centrum provázení v rozsahu minimálně 2,0 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a poskytuje zdravotně-sociální poradenství dětským pojištěncům se závažným nebo dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a jejich zákonným zástupcům, se stanoví úhrada ve výši K × 1 600 000 Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Úhrada se dále navýší o 3 000 Kč za každého unikátního pojištěnce, který v hodnoceném období nedovršil věk 19 let a u něhož poskytovatel v hodnoceném období ukončil provázení.

10. 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. Podle věty první se dohodnou také změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb vyvolané výstavbou Národního onkologického centra v rámci Národního plánu obnovy, součástí této dohody je výše úhrady péče poskytované na těchto pracovištích, která nevstupuje do výpočtu úhrad podle bodů 2 až 7.

11. 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. Zdravotní pojišťovna je povinna společně s poskytnutím měsíční předběžné úhrady poskytnout poskytovateli detailní výpočet výše této úhrady. 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.

B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona

a) Paušální sazba za 1 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, a veškeré hrazené služby, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky poskytnuté a použité během hospitalizace kterýmkoliv poskytovatelem, není-li stanoveno jinak.

b) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00031, 00032, 00090, 00091, 00098 a 00099, se v hodnoceném období stanoví ve výši:

$$PS_{OD,HO} = (ZKN + KN) * PS_{OD,2026}$$

kde:

ZKN je základní koeficient navýšení, který se stanoví ve výši 1,035 pro OD 00005, 00024, 00030 a 00037, a ve výši 1,02 pro ostatní OD.

$PS_{OD,2026}$ je paušální sazba za 1 den hospitalizace v roce 2026 bez navýšení úhrady plynoucího z plnění smluvních kvalitativních kritérií a z plnění kritérií zahrnutých v roce 2026 v proměnné *KN*. Nelze-li stanovit paušální sazbu za 1 den hospitalizace v roce 2026 pro daného poskytovatele, použije se paušální sazba srovnatelných poskytovatelů.

KN je koeficient navýšení, který se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií stanovených v písmenech c) až g).

c) KN se navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje, zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kritérií po skončení hodnoceného období:

i. Personální zabezpečení (vztaženo k úvazku na sledovaném pracovišti):
   I. Sestra specialistka na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
   II. Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028, 00030 a 00037,
   III. Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00005, 00024, 00030 a 00037,
   IV. Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
   V. Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00030 a 00037.

ii. Technické vybavení:
   I. Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037,
   II. Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023, 00024, 00030 a 00037.

d) U poskytovatele, kterému byl Ministerstvem zdravotnictví schválen transformační plán v rámci reformy psychiatrické péče, se KN pro OD 00021 a OD 00026 dále navýší o následující výraz:

$$0{,}35 * K_{TransNLP} + BON_{Akreditace}$$

kde:

$BON_{Akreditace}$ je bonifikace za plnění kvalitativních standardů, která se stanoví ve výši 0,015, pokud poskytovatel nejpozději do 60 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovně doloží osvědčení, že po celé hodnocené období plnil požadavky na minimální hodnotící standardy kvality a bezpečí v souladu se zákonem o zdravotních službách, a ve výši 0 v ostatních případech.

$K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu podle části A bodu 5.2.

e) KN se navýší o

i. 0,04 pro OD 00030, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína na 120 lůžek pro OD 00030,

ii. 0,04 pro OD 00037, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,4 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie na 120 lůžek pro OD 00037, a 0,02 pro OD 00005, pokud poskytovatel má průměrně alespoň 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie na 120 lůžek pro OD 00005.

iii. 0,25 pro OD 00005 a 00037 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 12 let a o 0,75 pro OD 00024 v případě poskytnutí hrazených služeb pojištěncům do dne dosažení 6 let,

iv. koeficient kvality geriatrické péče, který se stanoví pro OD 00024 následovně a zaokrouhlí se na tři desetinná místa:

$$BON_{Geri,2027} = min\left\{0{,}1; 10 * \frac{PočetGeriatrů}{PočetLůžek_{OD24}}\right\}$$

kde:

$PočetGeriatrů$ je počet úvazků lékařů se specializovanou způsobilostí v oboru geriatrie k 31. prosinci hodnoceného období.

$PočetLůžek_{OD24}$ je počet lůžek OD 00024 k 31. prosinci hodnoceného období.

f) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s diagnózami G35 až G37 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 65 %, KN se pro OD 00005 a 00037 navýší o 0,15.

g) V případě, že v hodnoceném období na pracovišti vykazujícím OD 00005, 00024 nebo 00037 podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců s doplňkovým kódem U57.20 až U57.22 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců překročí 50 %, KN se pro OD 00005, 00024 a 00037 navýší o 0,03. Nad rámec koeficientu navýšení se úhrada za den hospitalizace vykázaný OD 00005, 00024 nebo 00037 navýší o 20 Kč u pojištěnce, u kterého byl s tímto OD vykázán doplňkový kód U57.22 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

h) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2026, navýšené o 2 %. Věta první se nepoužije pro OD 00099, pokud posledním OD vykázaným bezprostředně před prvním z jednoho nebo více souvisle vykázaných OD 00099 je OD 00021, 00026, 00090 nebo 00091, v takovém případě se výše paušální sazby za 1 den hospitalizace stanoví ve výši 50 % paušální sazby posledního OD vykázaného bezprostředně před prvním OD 00099.

i) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace pro OD 00090 a 00091 se v hodnoceném období stanoví ve výši podle tabulky, přičemž se uplatní navýšení podle písmene d):

Typ OD	Kategorie pacienta 3	Kategorie pacienta 4	Kategorie pacienta 5
OD 00090	4 819 Kč	5 069 Kč	5 249 Kč
OD 00091	4 919 Kč	5 169 Kč	5 349 Kč

j) Následující výkony zdravotní pojišťovna uhradí ve stanovené výši, pokud je poskytovatel vykázal společně s OD 00005, 00024, 00030 nebo 00037:

i. výkon č. 09535 podle seznamu výkonů s úhradou ve výši 150 Kč,

ii. výkon č. 09536 podle seznamu výkonů s úhradou ve výši 50 Kč,

iii. výkon č. 09537 podle seznamu výkonů s úhradou ve výši 200 Kč.

k) Od úhrady podle písmen a) až i) se odečte celková hodnota vyžádané extramurální péče oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele hrazeného podle tohoto bodu, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykázal zdravotní pojišťovně, jedná-li se o výkony podle seznamu zdravotních výkonů, které byly v referenčním období podle seznamu výkonů účinného v referenčním období agregovány do ošetřovacího dne.

l) Hrazené služby podle části A bodu 7.12 písm. c), pokud jsou poskytnuty během hospitalizace pojištěnce, jsou vyjmuty z úhrady podle písmen a) až h) a hradí se podle bodu 3 písm. a) této části; z úhrady podle písmen a) až h) jsou vyjmuty též zvlášť účtované léčivé přípravky ATC skupiny J07BB02, přičemž tyto léčivé přípravky uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny.

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 1,63 Kč pro OD 00015, 1,59 Kč pro OD 00017 a 1,57 Kč pro OD 00020. Výkony, kterými se vykazuje příjmové nebo propouštěcí vyšetření, jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,46 Kč.

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 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.

d) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,37 Kč.

e) OD 00018, 00019 a 00038 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

f) Od úhrady podle písmen a) až e) se odečte celková hodnota vyžádané extramurální péče oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele hrazeného podle tohoto bodu, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykázal zdravotní pojišťovně, jedná-li se o výkony podle seznamu zdravotních výkonů, které byly v referenčním období podle seznamu výkonů účinného v referenčním období agregovány do ošetřovacího dne.

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 výše úhrady a předběžná měsíční úhrada stanoví obdobně podle části C přílohy č. 6 k této vyhlášce.

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 hodnoceného období hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním 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 nebo 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 bázi, v níž poskytovatel vykázal 10 nebo méně případů, nebo

b) maximálně na X případů v DRG bázi, 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 bázi.

1.3 Na DRG báze, 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 bázi, sníží CM o:

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

nebo

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

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

kde:

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

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

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

Statisticky významný počet případů příslušné DRG báze — je více než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG báze u příslušného poskytovatele.

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG báze — je méně než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG báze 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 hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

a) celkovou úhradu za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období předepsané při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v části A bodech 7.15, 7.16 a 7.18,

b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období vyžádanou při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v části A bodech 7.15, 7.16 a 7.18, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,

c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodech 7.15, 7.16 a 7.18.

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 léčivých přípravků ATC skupiny H01AC01, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 115 % 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 při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 110 % 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, novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů, výkony screeningu karcinomu prostaty, výkony screeningu včasného záchytu karcinomu plic, výkony časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty a výkony č. 87697, 87800, 97112 až 97124, 99790 až 99800 a 99804 až 99806 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 hodnoceného období a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné 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.