

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2020 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, paušální úhradu, úhradu vyčleněnou z paušální úhrady, úhradu formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Pro výpočet referenčních hodnot individuálně smluvně sjednané složky úhrady, paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady, úhrady formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2018, poskytovatelem vykázané do 31. března 2019 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2019.

1.1 Zdravotní pojišťovna vyhodnotí soulad vykazování markerů CZ-DRG poskytovatelem s Metodikou vykazování markerů CZ-DRG uvedenou v Klasifikaci hospitalizovaných pacientů CZ DRG pro rok 2020⁵⁾ (dále jen „Klasifikace CZ-DRG“) v souladu s povinností poskytovatele podle přílohy č. 1 části A bodu 1.1 vyhlášky č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 (dále jen „vyhláška č. 268/2019 Sb.“). V případě nevykazování CZ-DRG markerů v souladu s metodikou u více jak 10 % hospitalizačních případů, minimálně však u 10 případů, může zdravotní pojišťovna u případů, u nichž nebyly markery CZ-DRG náležitě vykazovány, snížit úhradu o 0,5 %.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

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

2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.“), se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.3.

2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2018.

2.2.2 Pro skupiny:

a) Dermatologie (Aktinická keratóza, Psoriáza těžká)
b) Dýchací soustava 1 (Astma, CHOPN)
c) Dýchací soustava 2 (Idiopatická plicní fibróza)
d) Endokrinologie (Akromegalie, Endokrinní oftalmopatie, Toxická struma štítné žlázy,

⁵⁾ Sdělení Českého statistického úřadu č. 253/2019 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

Růstové hormony)
e) Hematoonkologie (Leukemie, Lymfomatózní meningitida, Lymfomy, Mnohočetný myelom, Myelo-dysplastické syndromy, Podpůrná hematoonkologie, Zhoubné imunoproliferativní nemoci, Hematologie)
f) Imunitní systém (Autoinflamatorní onemocnění, Digitální ulcerace u systémové sklerodermie, Polyangiitida, Transplantace)
g) Infekce (Hepatitida C)
h) Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Metabolické vady)
i) Neurologie 1 (Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Substituční léčba)
j) Neurologie 2 (Roztroušená skleróza)
k) Oběhový systém (Plicní arteriální hypertenze)
l) Oftalmologie (Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie – jiné)
m) Onkologie – solidní nádory (Hepatocelulární karcinom, Nádory hlavy a krku, Nádory kolorekta, Nádory ledviny, Nádory močového ústrojí, Nádory mozku, Nádory ovarií, Nádory plic, Nádory prostaty, Nádory prsu, Nádory slinivky, Nádory štítné žlázy, Nádory z embryonálních buněk, Nádory žaludku, Osteosarkom, pNET, Sarkomy měkkých tkání, Jiné nádory měkkých tkání, Jiné ZN kůže, Kožní lymfomy, Maligní melanom, Mezoteliom pleury)
n) Osteoporóza
o) Revmatologie (Bechtěrevova choroba, Artritida, Lupus erythematosus, Psoriatická artritida)
p) Trávicí soustava (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida)
q) Cystická fibróza
r) Spinální svalová atrofie
s) Ostatní – výše neuvedená onemocnění s výjimkou skupiny hepatologie
t) Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2020} = Uhr_{t,2019} * 1,64 + \sum_{i=a}^s Uhr_{i,2018} * IN_i$$

kde:

- $Uhr_{max,2020}$ je maximální úhrada v hodnoceném období.
 i nabývá hodnot a až s , kde a až s jsou diagnostické skupiny uvedené v bodě 2.2.2.
 $Uhr_{i,2018}$ je celková úhrada v referenčním období za léčbu onemocnění i .
 $Uhr_{t,2019}$ je celková úhrada v roce 2019 za léčbu onemocnění hepatologie.
 IN_i je index navýšení úhrady pro skupinu i , uvedený v bodě 2.2.3.

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

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

Diagnostická skupina	Index navýšení úhrady
Dermatologie	1,219
Dýchací soustava 1	1,461
Dýchací soustava 2	1,214
Endokrinologie	1,184
Hematoonkologie	1,217
Imunitní systém	2,767
Infekce	1,368
Metabolické vady	1,067
Neurologie 1	1,247
Neurologie 2	1,338
Oběhový systém	1,116
Oftalmologie	1,299
Onkologie – solidní nádory	1,266
Osteoporóza	1,277
Revmatologie	1,008
Trávicí soustava	1,007
Cystická fibróza	2,800
Spinální svalová atrofie	1,570
Ostatní	1,190

2.3 Za každý případ hospitalizace poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznáný, ukončený v hodnoceném období, u kterého bylo indikováno testování na onemocnění COVID-19, se navyšuje úhrada poskytovateli o 1 674 Kč:

- a) za každé současné vykázaní výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů, jde-li o případ s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí,
- b) jednou, pokud jde o případ s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí a byly alespoň jednou současně vykázaný výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.

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

2.4 U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznáných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2020⁶⁾ (dále jen „Klasifikace“), se navyšuje úhrada poskytovateli o 2 331 Kč za každý vykázaný ošetrovací den, s výjimkou ošetrovacích dnů č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů, za které se úhrada navyšuje o 59 064 Kč. Toto navýšení úhrady se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 6 a je určeno na kompenzaci zvýšených osobních nákladů u zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19.

⁶⁾ Sdělení Českého statistického úřadu č. 198/2019 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

3. Paušální úhrada

- 3.1 Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které současně nespádají do úhrady podle části A bodu 5 této přílohy. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v části A bodě 3.7 této přílohy, paušální úhrada nezahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- 3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v hodnoceném období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které zároveň nespádají do definice případů hospitalizací dle proměnné $C\dot{U}_{i,CZ-DRG,2020}$ podle části A bodu 5 této přílohy.
- 3.3 Pro výkony ošetrovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z paušální úhrady, se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč.
- 3.4 Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2019.
- 3.5 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně. U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrnou vykázané výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů. U případů hospitalizace s diagnózou U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se do extramurální péče nezahrne první současné vykázaní výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů.
- 3.6 Výše paušální úhrady se stanoví jako $CELK\ PU_{drg,2020}$ podle výrazu:

$$CELK\ PU_{drg,2020} = \min \left\{ 1; \sqrt[0,82]{\frac{1}{CM_{2020,017,10} - CM_{MDC19,2020}} + \min(0,03; 4 * Podíl_{COVID})} \right\} \\ * IPU * I_{ZP} + 1,05 * OD_{příloha\ 9,10} - EM_{2020,10} + EM_{MDC19}$$

kde:

$CM_{2018,017,10}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{CZ-DRG,2018}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče nebo se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii podle zákona o zdravotních službách⁷⁾ a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených

⁷⁾ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

$CM_{MDC19,2018}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,2018}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,2018}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$EM_{2020,10}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

EM_{MDC19} v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, EM_{MDC19} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 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. V ostatních případech EM_{MDC19} nabývá hodnoty 0.

$Podíl_{COVID}$ je podíl počtu případů hospitalizací s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu případů hospitalizací, přičemž případem hospitalizace se rozumí případ hospitalizace podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(i) IPU = PU_{drg,2018,10} * KN_{10}$$

kde:

$PU_{drg,2018,10}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou. $PU_{drg,2018,10}$ se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2018,10} = \max \left\{ (CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018}) \right. \\ \left. * ZS_{min,10}; \left(1 - \frac{CM_{CZ-DRG,2018} + CM_{MDC19,2018}}{CM_{2018,017,10}} \right) \right. \\ \left. * \left(CELK \cdot PU_{drg,2018} + \sum_{j=1}^n \dot{U}HR_{ISU}^{2018} + EM_{2018,10} - OD_{2018,sestry,10} \right) \right\}$$

kde:

$CELK \cdot PU_{drg,2018}$ je celková výše paušální úhrady v referenčním období.

$ZS_{min,10}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 37 275 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu: centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc podle zákona o zdravotních službách. Pokud poskytovatel nesplňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu - centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc, centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem, centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče podle zákona o zdravotních službách - minimální základní sazba se stanoví ve výši 34 125 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 29 000 Kč.

EM_{2018} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$\dot{U}HR_{ISU}^{2018}$	celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do individuálně smluvně sjednaných bazí v referenčním období.
$OD_{2018,sestry,10}$	navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce v referenčním období za ošetrovací dny případů hospitalizací podle bodu 3.2 zařazených do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
max	funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

a kde:

KN_{10} je koeficient navýšení, který se vypočte následovně:

$$KN_{10} = 1 + \frac{0,17}{ARCTG\left(\frac{1}{16,5} * \sqrt{\frac{PU_{drg,2018,10}}{(CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018})} - 26800}\right)}$$

kde:

$ARCTG$ je funkce Arkus tangens

(ii) $CM_{red,2020,017,10}$ se vypočítá následovně:

a) Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a nespádajících do případů hospitalizací dle proměnných $CM_{CZ-DRG,2018}$ a $CM_{MDC19,2018}$, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 100 nebo pokud $(PPR_{drg,2020,4,5} - PPR_{MDC19,2020,4,5}) \leq 0,1 * (PP_{drg,2020} - PP_{MDC19,2020})$ nebo pokud $(PPR_{drg,2018,4,5} - PPR_{CZ-DRG,2018,4,5} - PPR_{MDC19,2020,4,5}) \leq 0,1 * (PP_{drg,2018} - PP_{CZ-DRG,2018} - PP_{MDC19,2018})$, stanoví se redukováný casemix takto:

$$CM_{red,2020,017,10} = \min\left\{(CM_{2020,017,10} - CM_{MDC19,2020}); (CM_{2020,017,10} - CM_{MDC19,2020})^{0,2} * \left(X * (PP_{drg,2020} - PP_{MDC19,2020}) * \frac{(CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018})}{(PP_{drg,2018} - PP_{CZ-DRG,2018} - PP_{MDC19,2018})}\right)^{0,8}\right\}$$

kde:

X nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce větší než 0,01, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce menší nebo roven 0,01.

$CM_{2020,017,10}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených

v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{MDC19,2020}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,2020}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,2020}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$PP_{drg,2020}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{MDC19,2020}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PP_{MDC19,2020}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $PP_{MDC19,2020}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$PP_{drg,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{CZ-DRG,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

$PP_{MDC19,2018}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PP_{MDC19,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $PP_{MDC19,2018}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

b) V ostatních případech se redukováný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2020,017,10} = CM_{red\ 1} + CM_{red\ 2},$$

kde:

$$CM_{red\ 1} = \min \left\{ (CM_{1,2020,017,10} - CM_{MDC19,1,2020}); (CM_{1,2020,017,10} - CM_{MDC19,1,2020})^{0,2} * \left(X * (PP_{1,drg,2020} - PP_{MDC19,1,2020}) * \frac{(CM_{1,2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,1,2018} - CM_{MDC19,1,2018})}{(PP_{1,drg,2018} - PP_{CZ-DRG,1,2018} - PP_{MDC19,1,2018})} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

$CM_{1,2020,017,10}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{MDC19,1,2020}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,1,2020}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,1,2020}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$CM_{1,2018,017,10}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{CZ-DRG,1,2018}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

$CM_{MDC19,1,2018}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,1,2018}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10

k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,1,2018}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$PP_{1,drg,2020}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PP_{MDC19,1,2020}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PP_{MDC19,1,2020}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech $PP_{MDC19,1,2020}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$PP_{1,drg,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PP_{CZ-DRG,1,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, pokud jde o hrazené služby, které současně splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 podle Klasifikace CZ-DRG.

$PP_{MDC19,1,2018}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PP_{MDC19,1,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech $PP_{MDC19,1,2018}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

a kde:

$$CM_{red\ 2} = (CM_{2020,017,10,4,5} - CM_{MDC19,2020,4,5}) * \min \left[1; \left(1,05 * \frac{PPR_{drg,2018,4,5} - PPR_{CZ-DRG,2018,4,5} - PPR_{MDC19,2018,4,5}}{PPR_{drg,2020,4,5} - PPR_{MDC19,2020,4,5}} * \frac{PP_{drg,2020} - PP_{MDC19,2020}}{PP_{drg,2018} - PP_{CZ-DRG,2018} - PP_{MDC19,2018}} \right) \right],$$

kde:

$CM_{2020,017,10,4,5}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin

vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{MDC19,2020,4,5}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,2020,4,5}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,2020,4,5}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$PPR_{drg,2020,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{MDC19,2020,4,5}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3., $PPR_{MDC19,2020,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech $PPR_{MDC19,2020,4,5}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$PPR_{drg,2018,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{CZ-DRG,2018,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, pokud jde o hrazené služby, které současně splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 dle Klasifikace CZ-DRG.

$PPR_{MDC19,2018,4,5}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PPR_{MDC19,2020,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech $PPR_{MDC19,2020,4,5}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

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

$$I_{ZP} = 1 + I_{ZP1} + I_{ZP2}$$

kde:

$$I_{ZP1} = \max\left(0; 0,66 * \left\{ \min\left[0,87; \frac{CM_{2020,017,10} - CM_{MDC19,2020}}{CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018}} + \min(0,03; 4 * Podíl_{COVID})\right] - 0,82\right\}\right)$$

$$I_{ZP2} = \max\left(0; ARCTG\left[1,7 * \left\{ \frac{CM_{red,2020,017,10}}{CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018}} + \min(0,03; 4 * Podíl_{COVID}) + 0,12\right\}\right] - 1,0347\right)$$

(iv) $OD_{příloha\ 9,10}$ je navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne vypočtené následovně:

$$OD_{příloha\ 9,10} = \min\left(\sum_{i=1}^n (PocetOD_{2018,10,i} - PocetOD_{CZ-DRG,2018,10,i} - PocetOD_{MDC19,2018,i}) * \right. \\ \left. NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n (PocetOD_{2020,10,i} - PocetOD_{MDC19,2020,i}) * NavýšeníOD_i}{0,5}\right)$$

kde:

$PocetOD_{2018,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{CZ-DRG,2018,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2018 dle Klasifikace CZ-DRG, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{MDC19,2018,i}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PocetOD_{MDC19,2018,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů. V ostatních případech $PocetOD_{MDC19,2018,i}$ nabývá hodnoty 0.

$PocetOD_{2020,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10

k této vyhlášce, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{MDC19,2020,i}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PocetOD_{MDC19,2020,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů. V ostatních případech $PocetOD_{MDC19,2020,i}$ nabývá hodnoty 0.

$NavýšeníOD_i$ je navýšení za ošetrovací den typu i uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

3.7 Poskytovatel musí splnit současně všechny podmínky uvedené v tomto bodě pro účely úhrady bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce formou úhrady vyčleněné z paušální úhrady. Vyhodnocení plnění podmínek podle tohoto bodu provede zdravotní pojišťovna do 20. května 2021.

- a) Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 60 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- b) Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče, nepřekročí 5 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- c) Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2 s hlavní diagnózou F00 až F07, F20 až F29, F30 až F39 a F80 až F98 podle mezinárodní klasifikace nemocí, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, bude větší nebo roven 40 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- d) Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2 s vedlejší diagnózou R45.1, R45.4 nebo R45.6 podle mezinárodní klasifikace nemocí, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, bude větší nebo roven 8 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v

hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

- e) Počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2 bez souhlasu pacienta, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, bude větší nebo roven 5 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- f) Poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím, zařazovaným podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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. 13 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7 části A této přílohy, úhrada vyčleněná z paušální úhrady dále zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- 4.2 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2020,017,13}$, $CM_{2020,017,13,trans}$, $CM_{2018,017,13}$, $CM_{2020,017,MDC19,A}$ a $CM_{2020,017,MDC19,O}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené podle Klasifikace.
- 4.3 Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2019.
- 4.4 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$KN_{13} * CM_{2020,017,13} * \max\{IZS_{2018,13}; ZS_{min,13}\} + 1,05 * OD_{příloha\ 9,13} - EM_{2020,13},$$

kde:

$CM_{2020,017,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$EM_{2020,13}$ 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. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období,

včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{min,13}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 34 125 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 29 000 Kč.

$IZS_{2018,13}$ je individuální základní sazba vypočtená takto: $\frac{U_{drg,2018,13}}{CM_{2018,017,13}}$

kde:

$U_{drg,2018,13}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, zvýšená o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce a snížená o k těmto případům příslušné navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

$CM_{2018,017,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

a kde:

KN_{13} je koeficient navýšení, který se vypočte následovně:

$$KN_{13} = 1 + \frac{0,17}{ARCTG\left(\frac{\sqrt{\max(ZS_{min,13}; IZS_{2018,13}) - 26800}}{16,5}\right)}$$

a kde:

$OD_{příloha\ 9,13}$ je navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne vypočtené následovně:

$$OD_{příloha\ 9,13} = \min\left(\sum_{i=1}^n PocetOD_{2018,13,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n PocetOD_{2020,13,i} * NavýšeníOD_i}{0,5}\right)$$

kde:

$PocetOD_{2018,13,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a to včetně ošetrovacích dnů, které byly vykázány v rámci případů hospitalizace zařazených podle Klasifikace do bazí 0001

a 0002, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{2020,13,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a to včetně ošetrovacích dnů, které byly vykázaný v rámci případů hospitalizace podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

4.5 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, zařazené podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, se stanoví úhrada ve výši:

$$CM_{2020,017,13,trans} * ZS_{2020,trans} - EM_{2020,13,trans}$$

kde:

$CM_{2020,017,13,trans}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002 vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$EM_{2020,13,trans}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002 vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{2020,trans}$ je základní sazba pro transplantace, která se stanoví ve výši 63 000 Kč.

4.6 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vykázané poskytovatelem splňujícím podmínky uvedené v bodě 3.7 části A této přílohy a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$\begin{aligned} \dot{U}HR_{MDC19} = & \max\{ IZS_{2018,10} * KN_{10} * 1,25 * (CM_{2020,017,MDC19,A} + CM_{2020,017,MDC19,O}); \\ & ZS_{min,MDC19} * KB_{trans} * (1,2 * CM_{2020,017,MDC19,A} + CM_{2020,017,MDC19,O}) \} \\ & - EM_{MDC19} + 1,1 * OD_{sestry,MDC19} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{2020,017,MDC19,A}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1930, 1933 a 1934, vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce

$CM_{2020,017,MDC19,O}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, zařazených

podle Klasifikace doází 1901, 1931, 1932 a 1935 až 1940 vynásobených relativními váhami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce

$ZS_{min,MDC19}$ je minimální základní sazba pro rok 2020, která se stanoví ve výši 37 275 Kč.

KB_{trans} je koeficient bonifikace za transformační plán, který nabývá hodnoty 1,8 v případě, že poskytovatel předložil plán restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví a předložen zdravotní pojišťovně do 31. prosince 2019. V ostatních případech KB_{trans} nabývá hodnoty 1.

$IZS_{2018,10}$ je individuální základní sazba za případy hospitalizací hrazené paušální úhradou v referenčním období. V případě, že poskytovatel v referenčním období neposkytoval služby hrazené paušální úhradou, $IZS_{2018,10}$ nabývá hodnoty 1. V ostatních případech se vypočte následovně:

$$IZS_{2018,10} = \frac{PU_{drg,2018,10}}{(CM_{2018,017,10} - CM_{CZ-DRG,2018} - CM_{MDC19,2018})}$$

$OD_{sestry,MDC19}$ je navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne vypočtené následovně:

$$OD_{sestry,MDC19} = \min \left(\sum_{i=1}^n PocetOD_{MDC19,2018,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n PocetOD_{MDC19,2020,i} * NavýšeníOD_i}{0,5} \right).$$

4.7 Pro výkony ošetrovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč.

5. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG

5.1 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, u poskytovatelů se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče nebo se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, u kterých byla současně vykázána hlavní diagnóza C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

5.2 Pro výkony ošetrovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč.

5.3 Případy hospitalizací se při výpočtu $CÚ_{i,CZ-DRG,2020}$ rozumí případy hospitalizací klasifikované podle Klasifikace CZ-DRG podle přílohy č. 15 k této vyhlášce.

5.4 Léčivé přípravky vyjmuté z úhrady případovým paušálem a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2019.

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

5.6 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $UPP_{CZ-DRG,2020}$ podle výrazu:

$$UPP_{CZ-DRG,2020} = \sum_{i \in \{PO, OG\}} (C\dot{U}_{i,CZ-DRG,2020} - EM_{i,CZ-DRG,2020})$$

kde:

i odpovídá diagnostickým skupinám vysoce specializované péče, tj. nabývá hodnoty „PO“ v případě vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče a hodnoty „OG“ v případě vysoce specializované onkogynekologické péče.

$C\dot{U}_{PO,CZ-DRG,2020}$ je počet případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, vynásobených úhradovými tarify 2020 uvedenými v příloze č. 15 k této vyhlášce.

$C\dot{U}_{OG,CZ-DRG,2020}$ je počet případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, vynásobených úhradovými tarify 2020 uvedenými v příloze č. 15 k této vyhlášce.

$EM_{PO,CZ-DRG,2020}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$EM_{OG,CZ-DRG,2020}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztahených k diagnóze podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

6. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům se tyto hrazené služby hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,32 Kč. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,58 Kč.
V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.
7. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb poskytovaných ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby, hrazených služeb poskytovaných v odbornosti nemocniční lékárenství a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 917, 919, 921, 925 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
- 7.1 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapítace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení úhrady uvedené v části A bodu 2 písm. a) a bodu 7 a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
- 7.2 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou poskytovatelů v odbornostech 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce a části C přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) a bodu 2 písm. a), b) a c) se nepoužije; dále se nepoužijí ani výpočet celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce.
- 7.3 Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou výkonů odbornosti 806 podle seznamu výkonů, výkonů screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů a výkonů č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázaných u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu uvedené v bodě 2 písm. b) a c) a výpočet celkové úhrady podle bodu 2 písmeno g) a bodů 4, 8 a 9 se nepoužijí.
- 7.4 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce, výpočet celkové úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro

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

- 7.5 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.6 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.7 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Při splnění kvalitativních ukazatelů dialyzační péče podle přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada za navýšení hodnoty bodu podle části A a za hrazené služby podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce nezapočítá do úhrady podle bodu 7.14.
- 7.8 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.
- 7.9 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,95 Kč.
- 7.10 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.
- 7.11 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,09 Kč. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,23 Kč.
- 7.12 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů a výkony screeningu děložního hrdla se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,29 Kč. Výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů a výkony screeningu karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,21 Kč. Výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,85 Kč.
- 7.13 Výkony č. 09566, 88101 a 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Poskytovateli:
- a) který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje urgentní příjem, se zvýší úhrada o $K \times 30\,000\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající

oměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 2 přílohy č. 14 k této vyhlášce,

- b) který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje urgentní příjem odlišný od urgentního příjmu uvedeného v písmenu a), se zvýší úhrada o $K \times 30\,000\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném kraji, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 2 přílohy č. 14 k této vyhlášce,
- c) neuvedenému v písmenech a) a b), který zajišťuje urgentní příjem, se zvýší úhrada o $K \times 3\,000\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce. Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou individuálně dohodnout odlišnou výši úhrady dle tohoto písmene, a to až do výše 7 000 000 Kč,
- d) který splňuje podmínky uvedené v písmenu a), b) nebo c) a zajišťuje společně s urgentním příjmem i přidružený provoz lékařské pohotovostní služby, se zvýší úhrada o $K \times 2\,700\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce,
- e) který má statut centra vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc podle zákona o zdravotních službách, se zvýší úhrada o $K \times 15\,000\,000$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, podle bodu 2 přílohy č. 14 k této vyhlášce.

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

$$\begin{aligned} \text{Úhr}_{amb_{2020}} = & \max\{\text{Úhr}_{amb_{2020,kompl}} + \text{Úhr}_{amb_{2020,ost}}; \\ & \min\left[\frac{1,07 * \text{Hodnota}_{péče_{2018,kompl}} + 1,05 * \text{Hodnota}_{péče_{2018,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2018}}}; \frac{\text{Hodnota}_{péče_{2020}} * 1,14}{\text{Hodnota}_{péče_{2018}}}\right] * \\ & \text{Úhr}_{amb_{2018}} * \frac{BON_{16/7,kompl} * \text{Hodnota}_{péče_{2018,kompl}} + BON_{16/7,ost} * \text{Hodnota}_{péče_{2018,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2018}}}; \\ & \min\left[\text{Úhr}_{amb_{2018}} * \frac{1,07 * BON_{16/7,kompl} * \text{Hodnota}_{péče_{2018,kompl}} + 1,05 * BON_{16/7,ost} * \text{Hodnota}_{péče_{2018,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2018}}}; \text{Hodnota}_{péče_{2020}}\right]\} \end{aligned}$$

kde:

$\text{Hodnota}_{péče_{2018}}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$\text{Hodnota}_{péče_{2018}} = \text{Hodnota}_{péče_{2018,kompl}} + \text{Hodnota}_{péče_{2018,ost}}$$

a kde:

$\text{Hodnota}_{péče_{2020}}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$\text{Hodnota}_{péče_{2020}} = \text{Hodnota}_{péče_{2020,kompl}} + \text{Hodnota}_{péče_{2020,ost}}$$

a kde:

$\text{Úhr}_{amb_{2018}}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť

účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$\dot{U}hr_amb_{2020,kompl}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.3, která se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_amb_{2020,kompl} = \max \left\{ \min \left[\dot{U}hr_amb_{2018,kompl} * 1,07 * BON_{16/7,kompl}; Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2020,kompl} \right]; \min \left[1,07; \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2020,kompl} * 1,14}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018,kompl}} \right] * \dot{U}hr_amb_{2018,kompl} * BON_{16/7,kompl} \right\}$$

kde:

$\dot{U}hr_amb_{2018,kompl}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.3, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$\dot{U}hr_amb_{2018,kompl} = \dot{U}hr_amb_{2018} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018,kompl}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018}}$$

kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018,kompl} = \left(\sum_{i=1}^n \{ PB_{i,2018,kompl} * HB_{i,2020} \} + KP_{2018,kompl} \right) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2018,kompl}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.3 poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 7.3, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020.

$HB_{i,2020}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu i ve výši hodnoty bodu podle § 15 a 16, podle bodu 7.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce a podle příloh č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde $i=1$ až m , kde m je počet výkonů podle bodů 7.1. až 7.10. Pro výkony poskytnuté od 1. července 2018 do 31. prosince 2018 se hodnota bodu stanoví jako by byly poskytnuty od 1. července 2020.

$KP_{2018,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.3, včetně úhrady za metody hrazené v roce 2018 za sjednanou cenu (dvě trombomutace společně, tři trombomutace společně, pět trombomutací společně, cystická fibróza 36/50 mutací, Bechtěrev HLA B27, BRCA komplet).

$BON_{16/7,kompl}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,05 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období

hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_péče_{2020,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2020,kompl} = \frac{(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2020,kompl} * HB_{i,2020}\} * 1,05 + KP_{2020,kompl})}{BON_{16/7,kompl}} *$$

kde:

$PB_{i,2020,kompl}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 7.3.

$KP_{2020,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.3.

a kde:

$Úhr_amb_{2020,ost}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2020,ost} = \max \left\{ \min \left[Úhr_amb_{2018,ost} * 1,05 * BON_{16/7,ost} + Hnp_{2020}; Hodnota_péče_{2020,ost} \right]; \min \left[1,05; \frac{Hodnota_péče_{2020,ost} * 1,14}{Hodnota_péče_{2018,ost}} \right] * I_{zp_amb} * Úhr_amb_{2018,ost} * BON_{16/7,ost} \right\}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = 1 + I_{zp1_amb} + I_{zp2_amb}$$

kde:

$$I_{zp1_amb} = \max \left[0; \min \left(\frac{Hodnota_péče_{2020,ost} * 1,14 - Hodnota_péče_{2018,ost} * 1,05}{Úhr_amb_{2018,ost} * 1,05 * BON_{16/7,ost}}; \frac{Hnp_{2020}}{Úhr_amb_{2018,ost} * 1,05 * BON_{16/7,ost}} \right) \right]$$

$$I_{zp2_amb} = \max \left\{ 0; \min \left[\frac{0,075}{1,05 * BON_{16/7,ost}}; IZ_{GAUP} * 0,75 * \left(\frac{Hodnota_péče_{2020,ost} * 1,14 - Hodnota_péče_{2018,ost} * 1,08 - Hnp_{2020}}{Hodnota_péče_{2018,ost} * 1,05 * BON_{16/7,ost}} \right) \right] \right\}$$

a kde:

$\dot{U}hr_amb_{2018,ost}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$\dot{U}hr_amb_{2018,ost} = \dot{U}hr_amb_{2018} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018,ost}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018}}$$

kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2018,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2018,ost} * HB_{i,2020}\} + KP_{2018,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2018,ost}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020.

$KP_{2018,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$BON_{16/7,ost}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,07 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2020,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2020,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2020,ost} * HB_{i,2020}\} * 1,05 + KP_{2020,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2020,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$KP_{2020,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

a kde:

IZ_{GAUP}

je index změny ambulantně ošetřených pojištěnců, který je vypočtený následovně:

a) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2020,ost} * 1,14}{Hodnota_péče_{2018,ost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2020} - 1}{GAUP_{2018}} \right)}{0,5 * \min \left(\left(\frac{Hodnota_péče_{2020,ost} * 1,14}{Hodnota_péče_{2018,ost}} - 1 \right); 0,18 \right)} \right) \right]$$

b) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2020,ost} * 1,14}{Hodnota_péče_{2018,ost}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2020}$

je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

$GAUP_{2018}$

je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10.

a kde:

Hnp_{2020}

je hodnota nedosažené produkce do výše CELK $PU_{drg,2020}$ vypočtená následovně:

$$Hnp_{2020} = \max[0; IPU + 1,05 * OD_{příloha\ 9,10} - CELK\ PU_{drg,2020} - EM_{2020,10} + EM_{MDC19}]$$

7.15 Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2019.

7.16 V případě, že poskytovatel poskytne hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.13 zahraničním pojištěncům, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,32 Kč. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.13 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,58 Kč.

8. V rámci vyúčtování podle § 2 odst. 1 kompenzačního zákona obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

9. Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši součtu úhrady podle bodů 2.3 a 2.4 vztahující se k vykázaným hrazeným službám a úhrady za výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vykázané podle bodu 7.12 v ambulantní péči u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí vztahující se k vykázaným hrazeným službám.

B) Hrazené služby podle § 5 odst. 2

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

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne podle seznamu výkonů (dále jen „OD“) včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00021, 00026, 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2020} = (KN * PS_{OD,2019} + 1,07 * NavýšeníOD_{i2019}) * (KompenzaceOD_{i,COVID} + 0,01)$$

kde:

$PS_{OD,2019}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2019, bez navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetrovací den.

$NavýšeníOD_{i2019}$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů lůžkové péče za ošetrovací den typu i , uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

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

$KompenzaceOD_{i,COVID}$ je koeficient navýšení úhrad pro kompenzaci dopadů epidemie COVID-19 za ošetrovací den typu i , uvedený v příloze č. 9 k této vyhlášce.

- c) KN se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:
- Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,06,
 - Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,06,
 - Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
 - Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
 - Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08.
- d) KN definované v písmenu c) se dále navyšuje o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje. Jedná se o následující kritéria vázaná na daný typ OD:
- Personální zabezpečení (vztaheno k úvazku na sledovaném pracovišti):

- (1) Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a 00030,
 - (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
 - (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,
 - (4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
 - (5) Psycholog ve zdravotnictví - průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a 00030.
- ii. Technické vybavení (zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kvalitativního kritéria po skončení hodnoceného období):
- (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024,
 - (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024.
- e) Paušální sazba za jeden den hospitalizace OD 00021 a 00026 se stanoví podle vzorce uvedeného v písmenu b), přičemž pro kategorie pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů se pro tyto OD stanoví hodnota KN ve výši 1,11 do 120. dne hospitalizace a hodnota 1,05 od 121. dne hospitalizace. Počet dní bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2020, počítá se délka hospitalizace od 1. ledna 2020. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se hodnota KN stanoví ve výši 1,08.
- f) Stanovení výše paušální sazby OD 00021 a OD 00026 podle písmene e) je podmíněno předložením plánu restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví a předložen zdravotní pojišťovně do 31. prosince 2019. V případě nepředložení plánu podle věty první se výše paušální sazby stanoví podle písmene b).
- g) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2019.
- h) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace u pojištěnce s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se navyšuje o 2 331 Kč. Navyšení podle věty první je určeno na kompenzaci zvýšených osobních nákladů u zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19.
- i) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši úhrady podle písmene h) vztahující se k vykázaným hrazeným službám.

2. Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské 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 1,18 Kč. Úhrada podle předchozí věty se pro daný typ ošetrovacího dne vynásobí koeficientem navyšení úhrad pro kompenzaci dopadů epidemie COVID-19 podle přílohy č. 9 k této vyhlášce, a dále se za každý ošetrovací den úhrada navyšuje o 107 % hodnoty navyšení úhrad uvedené pro příslušný typ ošetrovacího dne v příloze č. 9 k této vyhlášce.
- b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen

„NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.

- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00017 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
- d) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může udělit předchozí souhlas s překročením limitu podle předchozí věty.
- e) OD 00033 podle seznamu výkonů se uhradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,09 Kč a OD 00035 podle seznamu výkonů se uhradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč.
- f) Výše úhrady za jeden den hospitalizace u pojištěnce s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí se navyšuje o 2 331 Kč. Navyšení dle věty první je určeno na kompenzaci zvýšených osobních nákladů u zdravotnických pracovníků poskytujících péči o pacienty s onemocněním COVID-19.
- g) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to ve výši navyšení úhrady podle písmene f) vztahujícího se k vykázaným hrazeným službám.

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

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 7 přílohy č. 1 k této vyhlášce.
- b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,19 Kč. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max \{ \max (POP_{zpo}; POP_{ref}) * PURO_o * 1,13; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho} \}$$

kde:

POP_{zpo} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období.

POP_{ref} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období.

PURO_o je průměrná úhrada za výkony, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

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

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,77 Kč.

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

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

- c) U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- d) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene b) se nepoužije a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,19 Kč.
- 4. **Úhrada ošetrovatelské péče poskytované poskytovatelem sociálních služeb, který má se zdravotní pojišťovnou uzavřenou zvláštní smlouvu podle zákona**
- a) Výše úhrady se poskytovatelům navyšuje o částku odpovídající 1 % úhrady za hrazené služby poskytnuté v roce 2020 podle zvláštní smlouvy podle zákona.

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 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

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

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

1.4 Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší relativní vahou uvedenou v přílohách č. 10 nebo 13 k této vyhlášce nebo s vyšším úhradovým tarifem uvedeným v příloze č. 15 k této vyhlášce u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný počet případů násobený relativní vahou nebo úhradovým tarifem (dále jen CM) takto:

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

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

DRG baze jsou agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG. Jsou dány prvními 4 znaky z pětičíselného kódu DRG skupiny.

DRG skupina je skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG.

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze

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

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG baze

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

$CM_{\text{původní}}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 k této vyhlášce, nebo úhradovým tarifem uvedeným v příloze č. 15 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.

$CM_{\text{revidovaný}}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 k této vyhlášce, nebo úhradovým tarifem uvedeným v příloze č. 15 k této vyhlášce, 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 2020 podle vyhlášky č. 268/2019 Sb. tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- a) celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období,
- b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,
- c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 7.1, 7.2, 7.4 a 7.10 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 120 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.

2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech vyžádanou odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem a vyžádané péče za výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vyžádané v ambulantní péči u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 120 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755,

81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020 a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

- 2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.
- 2.5 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- 2.6 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3.