



DŘ na rok 2018

úhrada zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou zdravotních služeb poskytovaných v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, poskytovatelů vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče

§ 1 - § 5

§ 6

Pro specializovanou ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní péče hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel požaduje provedení výkonu laboratorní odbornosti od jiného poskytovatele, vyžádaný výkon uhradí vyžadující poskytovatel tomu poskytovateli, který výkon provedl.

§ 7 - § x

Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 4

Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2018 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Pro výpočet individuální paušální úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2016, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. března 2017.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do bazí

a) 0501, 0507, 0511, 0516,

b) 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528

uvedených v příloze č. 9 k této vyhlášce (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Úhrada za hrazené služby zařazené podle Klasifikace do vyjmenovaných bazí se nezapočítává do úhrady uvedené v bodech 3 a 4.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 31. března 2018, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $ÚHR^{ho}$ vypočtené takto:

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č. xx/2017 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

$$\dot{U}HR^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_i^{ho} * \frac{X * \dot{U}HR_i^{2016}}{PP_i^{2016}} \right\}; \sum_{i=1}^n \{X * \dot{U}HR_i^{2016}\} \right) - EM_{2018}, \mathcal{G}_{2018},$$

kde:

$\dot{U}HR^{ho}$ úhrada poskytovateli v hodnoceném období.

PP_i^{ho} počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v hodnoceném období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

PP_i^{2016} počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v referenčním období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

X nabývá hodnoty 0,9 pro baze uvedené v bodě 2.1 písm. a) a b).

$EM_{2018}, \mathcal{G}_{2018}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do vyjmenovaných bazí, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$\dot{U}HR_i^{2016}$ celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v referenčním období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí, zvýšená o hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněné hodnotami bodu platnými v referenčním období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 a 2.2.2:

2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se uhradí jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2016.

2.2.2 Pro onemocnění nebo diagnostické skupiny:

- a) Fabryho choroba,
- b) Gaucherova choroba,
- c) Niemen-Pickova choroba,
- d) Mukopolysacharidóza I,

- e) Mukopolysacharidóza II,
- f) Mukopolysacharidóza VI,
- g) Pompeho choroba,
- h) Hyperamonemie u dětí s dědičnou poruchou metabolismu urey a glutaminu,
- i) Dědičná tyrozinemie typu I,
- j) Asthma,
- k) Bechtěrevova choroba,
- l) Crohnova choroba,
- m) Colitis ulcerosa,
- n) Parkinsonova choroba,
- o) Juvenilní artritida,
- p) Plicní arteriální hypertenze,
- q) Psoriatická artritida,
- r) Psoriáza těžká,
- s) Revmatoidní artritida,
- t) Roztroušená skleroza,
- u) Hepatitida,
- v) Centrální venózní okluze,
- w) Idiopatická plicní fibróza,
- x) Melanom,
- y) Nádory hlavy a krku,
- z) Nádory štítné žlázy,
- aa) Nukleární medicína,
- bb) Nádory žaludku,
- cc) Oftalmologie-diabetes mellitus,
- dd) Oftalmologie,
- ee) Zhoubné nádory prostaty,
- ff) onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 a 2.2.2 písm. a) až ee)

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^p \left(12 * \frac{Uhr_{i,2016}}{M_{i,2016}} * UOP_{i,2016} \right) + \sum_{j=1}^q ((Uhr_{j,2016} * 1,02) + \sum_{k=1}^r ((Uhr_{k,2016} * 1,1) + \sum_{l=1}^s (Uhr_{l,2016} * 1,2) + \sum_{m=1}^t (Uhr_{m,2016}))$$

kde:

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2018.

i nabývá hodnot 1 až p , kde p je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. a) až i).

j nabývá hodnot 1 až q , kde q je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. j) až t).

k nabývá hodnoty onemocnění uvedeném v bodě 2.2.2 písm. u).

l	nabývá hodnot 1 až s , kde s je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. v) až ee).
m	nabývá hodnot 1 až t , kde t je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. ff).
$Uhr_{i,2016}$	je celková úhrada v roce 2016 za léčbu onemocnění i .
$M_{i,2016}$	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pojištěnci s tímto onemocněním v roce 2016.
$UOP_{i,2016}$	je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2016 na příslušné onemocnění i .
$Uhr_{j,2016}$	je celková úhrada v roce 2016 za léčbu onemocnění j .
$Uhr_{k,2016}$	je celková úhrada v roce 2016 za léčbu onemocnění k .
$Uhr_{l,2016}$	je celková úhrada v roce 2016 za léčbu onemocnění l .
$Uhr_{m,2016}$	je celková úhrada v roce 2016 za léčbu onemocnění m .

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

- 2.2.3 Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 a 2.2.2 se uhradí po předchozí dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

3. Úhrada formou případového paušálu

- 3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2018,015}$ a $CM_{2016,015}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2018.
- 3.2 Pro výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 406 Kč.
- 3.3 Léčivé přípravky vyjmuté z platby 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 2017.
- 3.4 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně.
- 3.5 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se ve výši $CELK_{PU_{drg,2018}}$ podle výrazu:

$$CELK\ PU_{drg,2018} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2018,015,10}}{CM_{2016,015,10}} \right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2018,10}$$

kde:

$CM_{2016,015,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2018 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$EM_{2018,10}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(i) IPU = 1,09 * PU_{drg,2016,10}$$

kde:

$PU_{drg,2016,10}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. $PU_{drg,2016,10}$ se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2016,10} = \max\{CM_{2016,013,10} * ZS_{min,10}; UHR_{2016}\}$$

$$UHR_{2016} = UHR_{ISU,2016} + (CELK\ PU_{drg,2016} + EM_{2016}) * \left(1 - \frac{CM_{2016,013,13,2018}}{CM_{2016,013,10,2016}}\right)$$

kde:

$CELK\ PU_{drg,2016}$ je celková úhrada formou případového paušálu v referenčním období.

$UHR_{ISU,2016}$ je celková úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, a které byly v referenčním období uvedeny podle části A, bodu 2.1.1 písmeno b) přílohy č. 1 vyhlášky č. 273/2015 Sb..

$ZS_{min,10}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 34 000 Kč pro poskytovatele, který má současně statut centra vysoce specializované onkogynekologické péče, centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované kardiovaskulární péče, centra vysoce specializované traumatologické péče, centra vysoce specializované onkologické péče a centra vysoce specializované hematoonkologické péče s transplantační jednotkou podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 24 500 Kč.

EM_{2016} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle příloh č. 10 a 13 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$CM_{2016,013,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze dle přílohy č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2016.

$CM_{2016,013,13,2018}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze dle přílohy č. 13 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2016, a které byly podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze dle přílohy č. 10 vyhlášky č. 273/2015 Sb..

$CM_{2016,013,10,2016}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které byly podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze dle přílohy č. 10 vyhlášky č. 273/2015 Sb..

(ii) $CM_{red,2018,015,10}$ se vypočítá následovně:

a) Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním nebo hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo 5, menší nebo roven 100 nebo pokud $PPR_{drg,2018,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2018}$ nebo pokud $PPR_{drg,2016,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2016}$, stanoví se redukováný casemix takto:

$$CM_{red,2018,015,10} = \min \left\{ CM_{2018,015,10}; (CM_{2018,015,10})^{0,2} * \left(X * PP_{drg,2018} * \frac{CM_{2016,015,10}}{PP_{drg,2016}} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

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

$CM_{2018,015,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobený indexy 2018.

$PP_{drg,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2016}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

b) V ostatních případech:

$$CM_{red,2018,015,10} = CM_{red 1} + CM_{red 2}$$

kde:

$$CM_{red 1} = \min \left\{ CM_{1,2018,015,10}; (CM_{1,2018,015,10})^{0,2} * \left(X * PP_{1,drg,2018} * \frac{CM_{1,2016,015,10}}{PP_{1,drg,2016}} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

$CM_{1,2018,015,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly 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“), vynásobených indexy 2018.

$CM_{1,2016,015,10}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených indexy 2018.

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

$PP_{1,drg,2016}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin

vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

a kde:

$$CM_{red\ 2} = CM_{2018,015,10,4,5} * \min \left[1; \left(1,05 * \frac{PPR_{drg,2016,4,5}}{PPR_{drg,2018,4,5}} * \frac{PP_{drg,2018}}{PP_{drg,2016}} \right) \right]$$

kde:

$CM_{2018,015,10,4,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2018, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo 5.

$PP_{drg,2018}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2016}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

$PPR_{drg,2016,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly kódem ukončení léčení 4 nebo 5.

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

$$I_{ZP} = \left\{ 1 + \max \left[0; 0,75 * \min \left(\frac{CM_{red,2018,015,10}}{CM_{2016,015,10}} - 1,04; \max \left(\frac{1}{3 * K_{ZPR}}; 1,08 \right) - 1 \right) * I_{GUP} \right] \right\}$$

kde:

K_{ZPR} je podíl počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji dle přílohy č. xx k této vyhlášce.

I_{GUP} je index změny počtu globálních unikátních pojištěnců vypočtený jako:

a) Pokud $\frac{CM_{red,2018,015,10}}{CM_{2016,015,10}} \neq 1$, potom:

$$I_{GUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GUP_{2018}}{GUP_{2016}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[\left(\frac{CM_{red,2018,015}}{CM_{2016,015}} - 1 \right); 0,12 \right]} \right) \right]$$

b) Pokud $\frac{CM_{red,2018,015,10}}{CM_{2016,015,10}} = 1$, potom $I_{GUP} = 1$

kde:

GUP_{2018} je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

GUP_{2016} je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

4. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

4.1. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce.

4.2. Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2018,015,13}$ a $CM_{2016,015}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2018.

4.3. Léčivé přípravky vyjmuté z platby 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 2017.

4.4. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou skupin podle Klasifikace vztažených k diagnóze 0134*, 0135* a 0136*, vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$1,09 * CM_{2018,015,13} * \max\{IZS_{2016}; ZS_{min,13}\} - EM_{2018,13}$$

kde:

$CM_{2018,015,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou skupin 0134*, 0135* a 0136*, vynásobených indexy 2018.

$EM_{2018,13}$	je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou skupin 0134*, 0135* a 0136*, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
$ZS_{min,13}$	je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 27 000 Kč.
IZS_{2016}	je individuální základní sazba vypočtená takto: $\frac{PU_{drg,2016}}{CM_{2016,015}}$,
kde:	
$PU_{drg,2016}$	je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v přílohách č. 10 a 13 k této vyhlášce, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v referenčním období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.
$CM_{2016,015}$	je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v přílohách č. 10 a 13 k této vyhlášce vynásobených indexy 2018.

4.5. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 0134*, 0135* a 0136* uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce, vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané v hodnoceném období, se úhrada pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo statut centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem podle §112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, stanoví ve výši:

$$1,09 * CM_{2018,015,IKT} * \max\{IZS_{2016}; ZS_{min,IKT}\} - EM_{2018,IKT}$$

kde:

$CM_{2018,015,IKT}$	je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze 0134*, 0135* a 0136*, uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2018.
$EM_{2018,IKT}$	je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou

uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze 0134*, 0135* a 0136*, uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{min,IKT}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 35 000 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče.

$ZS_{min,IKT}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 30 000 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem.

- 4.6. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 0134*, 0135* a 0136* uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce, vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané v hodnoceném období, se úhrada pro poskytovatele, který nemá statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo statut centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem podle §112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, stanoví ve výši:

$$1,09 * CM_{2018,015,IKT} * ZS_{IKT} - EM_{2018,IKT}$$

kde:

ZS_{IKT} je základní sazba, která se stanoví ve výši 22 000 Kč.

- 4.7. Pro případy hospitalizací dle bodu 4.5 a 4.6, které byly v hodnoceném období ukončeny s kódem ukončení léčení 5, se snižuje hodnota $CM_{2018,015,IKT}$ za tyto případy o padesát procent.
5. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,03Kč.
V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.

VZP ČR navrhuje pro rok 2018 v příloze č. 9 zachovat rozsah bazí podle vyhlášky č. 348/2016 Sb., z přílohy č. 10 vyhlášky č. 348/2016 Sb. vyčlenit baze 0134, 0135 a 0136 a doplnit je do přílohy č. 13 podle vyhlášky č. 348/2016 Sb.

VZP ČR navrhuje doplnit novou přílohu č. xx k vyhlášce č. xxx/2017 Sb. s názvem Podíl pojištěnců ZP v krajích České republiky.

Podíl pojištěnců ZP v krajích České republiky

Kraj	Kód	Zdravotní pojišťovna						
		111	201	205	207	209	211	213
		VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ŠKODA	ZPMV	RBP
PRAHA HL. M.	PHA	0,5970	0,0573	0,0098	0,2235	0,0008	0,1105	0,0006
STŘEDOČESKÝ	STČ	0,5430	0,0527	0,1254	0,0967	0,0758	0,1059	0,0002
JIHOČESKÝ	JČ	0,6094	0,1370	0,0529	0,0489	0,0001	0,1509	0,0001
PLZEŇSKÝ	PLZ	0,5729	0,0960	0,1064	0,0712	0,0001	0,1521	0,0001
KARLOVARSKÝ	KV	0,6655	0,0811	0,0928	0,0516	0,0001	0,1073	0,0002
ÚSTECKÝ	ÚST	0,6719	0,0739	0,0678	0,0546	0,0003	0,1290	0,0020
LIBERECKÝ	LIB	0,7313	0,0991	0,0265	0,0460	0,0149	0,0816	0,0002
KRÁLOVEHRADECKÝ	KH	0,5733	0,0962	0,0609	0,0458	0,0618	0,1616	0,0001
PARDUBICKÝ	PAR	0,6829	0,0754	0,0666	0,0442	0,0006	0,1298	0,0003
VYSOČINA	VYS	0,7279	0,0404	0,0960	0,0280	0,0001	0,1071	0,0006
JIHOMORAVSKÝ	JM	0,5615	0,0762	0,0997	0,0433	0,0001	0,1989	0,0199
OLOMOUCKÝ	OLO	0,3946	0,0982	0,3502	0,0311	0,0001	0,1127	0,0131
MORAVSKOSLEZSKÝ	MS	0,3131	0,0166	0,2918	0,0245	0,0001	0,0774	0,2764
ZLÍNSKÝ	ZLI	0,6249	0,0289	0,1107	0,0292	0,0000	0,1029	0,1032

6. 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 ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické záchranné služby, poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby, hrazených služeb v odbornosti nemocniční lékárenství a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 916, 917, 919, 921, 925 a 927 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
- 6.1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D a E 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.
- 6.2. Pro specializovanou ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce, která se pro specializovanou ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 905, 919 a 927 nepoužijí.
- 6.3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 4 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.
- 6.4. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodů podle přílohy č. 3 k této vyhlášce. Pro poskytovatele uvedené v bodu 1. písmeno a) přílohy č. 3 k této vyhlášce bude celková úhrada za vyžádané laboratorní výkony stanovena pro danou odbornost dle bodu 1 písmeno g) přílohy č. 3 k této vyhlášce. Pro poskytovatele uvedené v bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce bude celková úhrada za vyžádané laboratorní výkony stanovena pro danou odbornost dle bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce.
- 6.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodech 1 a 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů nepoužije.
- 6.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodech 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů nepoužije.
- 6.7. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 písm. a) a b) přílohy č. 8 k této vyhlášce.

- 6.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8.
- 6.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14.
- 6.10. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 – nemocniční lékárenství se hradí podle § 19.
- 6.11. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodu 6.4. se stanoví ve výši:

$$\mathit{Úhr_amb}_{max,kompl} = \mathit{Úhr_amb}_{2016,kompl} * 1,09$$

kde:

$\mathit{Úhr_amb}_{max,kompl}$ je maximální celková úhrada poskytovateli za hrazené služby, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, s výjimkou úhrady laboratorního komplementu a 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, poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 6.4.

$\mathit{Úhr_amb}_{2016,kompl}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.4., včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, s výjimkou úhrady laboratorního komplementu a 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:

$$\mathit{Úhr_amb}_{2016,kompl} = \mathit{Úhr_amb}_{2016} * \frac{\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2016,kompl} * HB_{i,2018}\} + KP_{2016,kompl}}{\sum_{i=1}^m \{PB_{i,2016} * HB_{i,2018}\} + KP_{2016}}$$

kde:

$\mathit{Úhr_amb}_{2016}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1. až 6.10., 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.

$PB_{i,2016,kompl}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 6.4., s výjimkou výkonů laboratorního komplementu, a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2018.

$HB_{i,2018}$ je hodnota bodu příslušící k danému výkonu i ve výši hodnoty bodu podle § 8, 14 a 19 a podle přílohy č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 6.4., resp. kde $i=1$ až m , kde m je počet výkonů podle bodů 6.1. až 6.10.

$KP_{2016,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.4.

$PB_{i,2016}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až m , kde m je počet výkonů podle bodů 6.1. až 6.10. a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2018.

KP_{2016} je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1. až 6.10.

6.12. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 6.1. až 6.10. s výjimkou bodu 6.4. se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_amb_{max,ost} = \dot{U}hr_amb_{2016,ost} * 1,09 + Hnp_{2018}$$

kde:

$\dot{U}hr_amb_{max,ost}$ je maximální celková úhrada poskytovateli za hrazené služby, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, 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, poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1. až 6.10. s výjimkou bodu 6.4.

$\dot{U}hr_amb_{2016,ost}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1. až 6.10. s výjimkou bodu 6.4., 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:

$$\dot{U}hr_amb_{2016,ost} = \dot{U}hr_amb_{2016} * \frac{\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2016,ost} * HB_{i,2018}\} + KP_{2016,ost}}{\sum_{i=1}^m \{PB_{i,2016} * HB_{i,2018}\} + KP_{2016}}$$

kde:

$PB_{i,2016,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 6.1. až 6.10. s výjimkou bodu 6.4. a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2018.

$KP_{2016,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1. až 6.10. s výjimkou bodu 6.4.

Hnp_{2018} je hodnota nedosažené produkce do výše CELK $PU_{drg,2018}$ vypočtená takto:

$$Hnp_{2018} = \max[0; IPU - (CELK $PU_{drg,2018}$ + EM_{2018})]$$

6.13. Pro nasmlouvané výkony č. 09563, 88101 podle seznamu výkonů, pro výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč. Výkony uvedené ve větě první zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 6.11. a 6.12.

6.14. U poskytovatelů provádějících výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů bude celková úhrada za vyžádané screeningové laboratorní výkony stanovena dle přílohy č. 3 k této vyhlášce.

6.15. Do maximální úhrady podle bodů 6.11. a 6.12. se nezahrnou služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů poskytnuté v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení, a dále se do maximální úhrady podle bodů 6.11. a 6.12.

nezahrne úhrada za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů.

- 6.16. V případě, že poskytovatel poskytuje nepřetržitou péči alespoň 16 hodin 7 dní v týdnu alespoň na jednom radiodiagnostickém pracovišti, náleží mu navýšení úhrady ve výši 0,05 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný bod za hrazené služby poskytnuté podle bodů 6.1. až 6.10. Navýšení úhrady uvedená ve větě první podléhají regulacím podle bodů 6.11. a 6.12., s výjimkou výkonů podle bodu 6.13 a s výjimkou výkonů podle bodu 6.15., kde navýšení za tyto výkony nepodléhá regulacím podle výše zmiňovaných bodů 6.11. a 6.12.
7. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb a změny v objemu mimořádně nákladné péče ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 109 % objemu úhrady za referenční období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb a změny v objemu mimořádně nákladné péče dohodnuté podle bodu 7, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

C) Regulační omezení

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

- 1.1. Regulační omezení uvedená v bodě 1.4. zdravotní pojišťovna uplatní pouze v těchto případech:
 - a) Pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2018 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v referenčním období včetně nákladů na 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 než 10 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. písmene 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, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a

pojišťovnou uznaný $CM_{2018,015,10}$, $CM_{1,2018,015,10}$, $CM_{2018,015,10,4,5}$ případně $CM_{2018,015,13}$ nebo $CM_{2018,015,IKT}$ (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 příslušné DRG baze.

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

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

Relativní váha je index 2018, který je uvedený pro každou DRG skupinu v příloze č. 10 a 13 k této vyhlášce.

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 zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 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 zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 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 2018 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

- (i) Celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
- (ii) Celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem;
- (iii) Počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

2.1 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce, 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. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období 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 části A bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % 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 části A bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce 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 55 % 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. 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 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 podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

- a) 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.
- b) Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů nepoužijí.
- c) Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- d) V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodech 2.2 a 2.3.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 6

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
 - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
 - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů a poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
 - c) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.
 - d) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
 - e) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.
 - f) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč a pro výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701 nebo 702 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
 - g) U poskytovatelů uvedených v bodu a) tohoto odstavce bude celková úhrada za vyžádané laboratorní výkony (LABÚ) stanovena pro danou odbornost takto:

když $PUROlab_{ref} \leq ZSlab$

$LABÚ = \min \{ POPlab_{ho} \times \min [ZSlab; (PUROlab_{ref} \times 1,03)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref} \times 1,03] \}$

když $PUROlab_{ref} = (ZSlab; 1,3 \times ZSlab)$

$LABÚ = \min \{ [POPlab_{ho} \times (ZSlab + (PUROlab_{ref} - ZSlab) \times 0,90)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref}] \}$

když $PUROlab_{ref} = (1,3 \times ZSlab \text{ a více})$

$LABÚ = \min \{ [POPlab_{ho} \times (ZSlab + (PUROlab_{ref} - ZSlab) \times 0,85)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref}] \}$

kde:

$PUROlab_{ref}$ je průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny za laboratorní výkony včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků podle seznamu výkonů vyžádané poskytovatelem dané odbornosti

v referenčním období. Laboratorní výkony jsou oceněny hodnotou bodu stanovenou pro příslušnou laboratorní odbornost v referenčním období,

ZSlab je základní sazba za laboratorní výkony vyžádané poskytovatelem v dané odbornosti. Výše základní sazby za jednotlivé odbornosti jsou uvedeny v Příloze č. xx k této vyhlášce,

POPlab_{ho} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v hodnoceném období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření,

POPlab_{ref} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v referenčním období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření.

2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč. Celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$1,01 \times \text{POPzpoZ} \times \text{PURO}_{\text{ref}} + 1,01 \times \max[\text{PURO}_{\text{ref}} \times \text{POPzpoMho}; (\text{UHRMho} - \text{UHRMref})]$$

kde:

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období nepřekročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,

POPzpoM_{ho} je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,

PURO_{ref} je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,

UHRM_{ho} je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; Do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané

odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období,

UHRM_{ref} je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; Do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

- U poskytovatelů uvedených v bodu 2) bude celková úhrada za vyžádané laboratorní výkony (LABÚ) stanovena pro danou odbornost takto:

když PUROlab_{ref} ≤ ZSlab

$$\text{LABÚ} = \min \{ \text{POPlab}_{\text{ho}} \times \min [\text{ZSlab}; (\text{PUROlab}_{\text{ref}} \times 1,03)]; [\text{POPlab}_{\text{ref}} \times \text{PUROlab}_{\text{ref}} \times 1,03] \}$$

když PUROlab_{ref} = (ZSlab; 1,3 x ZSlab)

$$\text{LABÚ} = \min \{ [\text{POPlab}_{\text{ho}} \times (\text{ZSlab} + (\text{PUROlab}_{\text{ref}} - \text{ZSlab}) \times 0,90)]; [\text{POPlab}_{\text{ref}} \times \text{PUROlab}_{\text{ref}}] \}$$

když PUROlab_{ref} = (1,3 x ZSlab a více)

$$\text{LABÚ} = \min \{ [\text{POPlab}_{\text{ho}} \times (\text{ZSlab} + (\text{PUROlab}_{\text{ref}} - \text{ZSlab}) \times 0,85)]; [\text{POPlab}_{\text{ref}} \times \text{PUROlab}_{\text{ref}}] \}$$

kde:

PUROlab_{ref} je průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny za laboratorní výkony včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků podle seznamu výkonů vyžádané poskytovatelem dané odbornosti v referenčním období. Laboratorní výkony jsou oceněny hodnotou bodu stanovenou pro příslušnou laboratorní odbornost v referenčním období,

ZSlab je základní sazba za laboratorní výkony vyžádané poskytovatelem v dané odbornosti. Výše základní sazby za jednotlivé odbornosti jsou uvedeny v Příloze č. xx k této vyhlášce,

POPlab_{ho} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v hodnoceném období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření,

POPlab_{ref} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v referenčním období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření.

- U poskytovatelů uvedených v bodu 2) bude celková úhrada za vyžádané screeningové laboratorní výkony (SCRÚ) stanovena pro danou odbornost takto:

$$\text{SCRÚ} = (\text{POPs}_{\text{snv}_{\text{ho}}} \times \text{ZS}_{\text{snv}})$$

kde:

POP_{svn_{ho}} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v hodnoceném období poskytovatelem indikováno laboratorní screeningové novorozenecké vyšetření,

ZS_{snv} je základní sazba za laboratorní screeningové novorozenecké vyšetření vyžádané poskytovatelem v dané odbornosti. Výše základní sazby je pro hodnocené období stanovena ve výši **593,- Kč**.

3. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval péči v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti, a pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádané laboratorní výkony v dané odbornosti hodnoty základní sazby uvedené v Příloze č. xx k této vyhlášce.
4. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.
5. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 2 se nepoužije:
 - a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost,
 - b) v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,V těchto případech se výkony hradí hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč.
6. Měsíční předběžná úhrada za výkony hrazených služeb dle seznamu výkonů se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady za referenční období. Měsíční předběžná úhrada za výkony vyžádané laboratorní péče (PMÚlab) se poskytne poskytovateli ve výši:

když $PUOlab_{ref} \leq ZSlab$

$PMÚlab = 1,03 \times POPlab_{ref} \times PUOlab_{ref}$

když $PUOlab_{ref} > ZSlab$

$PMÚlab = POPlab_{ref} \times [(ZSlab + (PUOlab_{ref} - ZSlab) \times 0,90)]$

Do předběžné měsíční úhrady se nezapočítává úhrada za vyžádané screeningové laboratorní výkony. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

7. Do maximální úhrady podle bodu 2 se nezahrne úhrada za služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů poskytnutá v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení, a dále se do maximální úhrady podle bodu 2 nezahrne úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2018 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
 - (i) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
 - (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - (iii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v bodě 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513.
4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku

odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních 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 podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí.
7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných

hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

14. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
15. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

C) Kompenzace regulačních poplatků

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu výkonů se sjednává úhrada 30 Kč.
2. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle Seznamu výkonů v roce 2018 nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných Pojišťovně v referenčním období, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.
3. Za referenční období se pro kompenzaci regulačních poplatků považuje rok 2014.

Výše základní sazby za vyžádané laboratorní služby pro jednotlivé odbornosti žadatele

Odbornost pracoviště žadatele	Název pracoviště žadatele	Základní sazba (Kč)
001	Pracoviště praktického lékaře pro dospělé	608
002	Pracoviště praktického lékaře pro děti a dorost	712
003	Pracoviště LSPP	633
004	Pracoviště zvláštní ambulantní péče v ZZ ústavní péče	886
007	Pracoviště koronera	7 281
014	Pracoviště klinického stomatologa	1 219
101	Pracoviště interního lékařství	1 066
102	Pracoviště angiologie	903
103	Pracoviště diabetologie	680
104	Pracoviště endokrinologie	744
105	Pracoviště gastroenterologie a hepatologie	1 860
106	Pracoviště geriatric	1 927
107	Pracoviště kardiologie	783
108	Pracoviště nefrologie	2 263
109	Pracoviště revmatologie	1 849
128	Pracoviště hemodialýzy	11 368
201	Pracoviště fyziatrie a rehabilitačního lékařství	3 722
202	Pracoviště klinické hematologie	5 329
203	Pracoviště přenosných nemocí	3 112
204	Pracoviště tělovýchovného lékařství	460
205	Pracoviště pneumologie a ftizeologie	1 747
206	Pracoviště klinické farmakologie	1 141
207	Pracoviště alergologie a klinické imunologie	5 374
208	Pracoviště lékařské genetiky	8 851
209	Pracoviště neurologie	1 801
301	Pracoviště pediatrie	1 137
302	Pracoviště dětské kardiologie	1 473
303	Pracoviště dorostového lékařství	453
304	Pracoviště neonatologie	1 347
305	Pracoviště psychiatrie	860
306	Pracoviště dětské psychiatrie	516
307	Pracoviště gerontopsychiatrie	633
308	Pracoviště léčby alkoholismu a jiných toxikomanií	2 148
309	Pracoviště sexuologie	1 067
401	Pracoviště pracovního lékařství	741
402	Pracoviště klinické onkologie (bez radiační onkologie)	1 874
403	Pracoviště radioterapie a radiační onkologie	1 045
404	Pracoviště dermatovenerologie	1 106

405	Pracoviště dětské dermatologie	1 312
406	Pracoviště korektivní dermatologie	938
407	Pracoviště nukleární medicíny	454
409	Pracoviště dětské neurologie	1 613
501	Pracoviště chirurgie	836
502	Pracoviště dětské chirurgie	703
503	Pracoviště úrazové chirurgie	598
504	Pracoviště cévní chirurgie	1 223
505	Pracoviště kardiochirurgie	1 364
506	Pracoviště neurochirurgie	1 360
507	Pracoviště hrudní chirurgie	7 997
601	Pracoviště plastické chirurgie	1 507
602	Pracoviště popáleninové medicíny	1 013
603	Pracoviště gynekologie a porodnictví	984
604	Pracoviště dětské gynekologie	644
605	Pracoviště čelistní a obličejové chirurgie	983
606	Pracoviště ortopedie	927
607	Pracoviště ortopedické protetiky	426
701	Pracoviště otorinolaryngologie	438
702	Pracoviště foniatrie	338
704	Pracoviště dětské otorinolaryngologie	354
705	Pracoviště oftalmologie	834
706	Pracoviště urologie	510
707	Pracoviště dětské urologie	290
708	Pracoviště anesteziologie a intenzivní medicíny	779
710	Pracoviště algeziologie - léčby bolesti	501