

Příloha č. 2 k protokolu z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2020 ve skupině poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích

Návrh ANČR 2020

DŘ na rok 2020

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

k jednání 23.5.2019

Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2018.

Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2020.

Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2018, poskytovatelem vykázané do 31. března 2019 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2019.

Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2020, poskytovatelem vykázané do 31. března 2021 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2021.

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

Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2020 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 referenčních hodnot individuálně smluvně sjednané složky úhrady, úhrady formou případového paušálu, úhrady vyčleněné z 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.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro jiné hrazené služby, než jsou zahrnuty v úhradě formou případovým paušálem nebo v úhradě vyčleněné z úhrady formou případovým paušálem. Úhrada za tyto služby se v takovém případě nezapočítává do úhrady uvedené v bodech 3 a 4.

Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou sjednat ve smlouvě výši a způsob úhrady realizovanou dle CZ-DRG v případě zveřejnění platných metodik CZ-DRG a platného grouperu CZ-DRG do 30. 4. 2019.

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 až 2.2.3.

2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém 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, Růstové hormony)
e) Hematoonkologie (Leukemie, Lymfomatózní meningitida, Lymfomy, Mnohočetný myelom, Myelo-dysplastické syndromy, Podpurná hematoonkologie, Zhoubné imunoproliferativní nemoci, Hematologie)
f) Imunitní systém (Autoinflamatorní onemocnění, Digitální ulcerace u systémové sklerodermie, Hereditární angioedém, Polyangiitida, Transplantace)
g) Infekce (Chronická hepatitida)
h) Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Metabolické vady)
i) Neurologie (Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Roztroušená skleróza, Substituční léčba)
j) Oběhový systém (Plicní arteriální hypertenze)
k) Oftalmologie (Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie – jiné)
l) 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)
m) Osteoporóza
n) Revmatologie (Bechtěrevova choroba, Artritida, Lupus erythematosus, Psoriatická artritida)
o) Trávicí soustava (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida)
p) Cystická fibróza
q) nusinersen
r) Ostatní – výše neuvedená onemocnění

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2020} = \sum_{i=a}^n Uhr_{i,2018} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2020}$ je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

$Uhr_{i,2018}$ je celková úhrada v referenčním období za léčbu onemocnění i .

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	1,00
Dýchací soustava 1	1,48
Dýchací soustava 2	1,19
Endokrinologie	1,16
Hematoonkologie	1,23
Imunitní systém	1,07
Infekce – hepatitida C	1,35
Metabolické vady	1,19
Neurologie	1,22
Oběhový systém	1,14
Oftalmologie	1,31
Onkologie – solidní nádory	1,23
Osteoporóza	1,25
Revmatologie	1,00
Trávicí soustava	1,00
Cystická fibróza	2,75
nusinersen	1,40
Ostatní	1,25

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

3. Úhrada formou případového paušálu

3A) Úhrada hospitalizačních případů zařazených do MDC 19

Při splnění podmínek bude úhrada za hospitalizační případy zařazené do MDC 19 realizována dle uzavřeného Memoranda k pilotnímu projektu pro rok 2019. Při nesplnění podmínek bude úhrada za hospitalizační případy zařazené do MDC 19 realizována formou případového paušálu dle odst. 3B)

ZS_{min} je základní sazba, která se stanoví ve výši 36 500 Kč.

K_b je koeficient bonifikace, který se stanoví ve výši 1,2.

Úhrada hospitalizačních případů MDC19 v roce 2020 bude realizována dle níže uvedených podmínek.

1. Poskytovatelům poskytujícím zdravotní služby na akutních psychiatrických lůžkách budou vykázány a Pojišťovnou uznané hospitalizační případy, ukončené v roce 2020, zařazené podle Klasifikace¹ do MDC19, hrazeny výkonově bez omezení takto:

$$\dot{U}hr_{MDC19} = \max \left\{ (IZS_{2018} * CM_{2020,017,A} + IZS_{2018} * CM_{2020,017,O}) * KN_{PSYCH}; \right. \\ \left. ZS_{min} * K_b * CM_{2020,017,A} + ZS_{min} * CM_{2020,017,O} \right\} - EM_{MDC19}$$

kde:

$CM_{2020,017,A}$ je počet případů hospitalizací Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze v bazi 1930, 1933 a 1934, vynásobených indexy 2020.

$CM_{2020,017,O}$ je počet případů hospitalizací Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze v ostatních bazích MDC19 (mimo baze 1930, 1933 a 1934), vynásobených indexy 2020.

ZS_{min} je základní sazba, která se stanoví ve výši 36 500 Kč.

K_b je koeficient bonifikace, který se stanoví ve výši 1,2.

EM_{MDC19} je celková hodnota vyžádané extramurální péče ve skupinách MDC19 v roce 2020.

KN_{PSYCH} je koeficient navýšení vypočtený takto:

$$KN_{PSYCH} = 1 + \frac{0,125}{ARCTG \left(\frac{1}{32} * \sqrt{\frac{PU_{drg,2017}}{CM_{2017,014}} - 25000} \right)}$$

IZS_{2018} je individuální základní sazba vypočtená takto:

¹ Sdělení Českého statistického úřadu o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG) pro rok 2019.

$$\frac{PU_{drg,2018}}{CM_{2018,014}}$$

kde:

$PU_{drg,2018}$

je celková výše úhrady za Poskytovatelem vykázané a 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 vyhlášky č. 353/2017 Sb., 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 Vyhlášky.

$CM_{2018,014}$

je počet případů hospitalizací Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 vyhlášky č. 353/2017 Sb., vynásobených indexy 2018.

2. Mechanismus úhrady uvedený v odst. 1 tohoto Článku bude realizován při současném splnění následujících podmínek:

- Podíl hospitalizačních případů zařazených do MDC19, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče (tj. OD 00021 a OD 00026, které jsou ukončeny kódem ukončení 4), nepřekročí v roce 2020 30 % (včetně) z celkového počtu hospitalizačních případů zařazených do MDC19. V případě, že průměrná délka hospitalizace pojištěnce v dané bazi dosáhne alespoň hodnoty $0,8 \cdot \text{ALOS}$, platí maximální mez pro překlady s kódem ukončení 4 podle předchozí věty ve výši 50 %; resp. 60% v případě, že poskytovatel poskytuje ochranné léčení na alespoň 10% lůžkového fondu následné péče.
- Podíl hospitalizačních případů zařazených do MDC19, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče (tj. kód ukončení 5), nepřekročí v roce 2020 5 % (včetně) z celkového počtu hospitalizačních případů zařazených do MDC19.
- Podíl počtu ošetřených pacientů s diagnózami F00 až F07, F20 až F29 a F30 až F39 bude v součtu za všechny uvedené diagnózy větší nebo roven 40 % z celkového počtu hospitalizačních případů zařazených do MDC19 za rok 2020. Diagnózy budou vykazovány na pozici hlavní diagnózy v souladu s metodikou kódování.
- Podíl počtu ošetřených pacientů s diagnózami R45.1, R45.4, R45.6 bude v součtu za všechny uvedené diagnózy větší nebo roven 10 % z celkového počtu hospitalizačních

případů zařazených do MDC19 **za rok 2020**. Diagnózy budou vykazovány na pozici vedlejší diagnózy v souladu s metodikou kódování.

- Signální výkon 35830 „Hospitalizace pacienta bez souhlasu pacienta“ bude vykázán u minimálně 10 % pacientů z celkového počtu hospitalizačních případů zařazených do MDC19 za rok 2020.
 - Oddělení je schopno zajistit nepřetržitou péči při příjmu pacientů v akutním stavu, v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu (24/7).
 - Pro účely monitorování nepřetržitého příjmu pacientů bude poskytovatel vykazovat signální výkon 35827 „Příjem k hospitalizaci v nočních hodinách 22 až 6 hodin a ve dnech pracovního klidu“.
 - Poskytovatel, který přijímá pacienta, jemuž je nezbytné poskytnout akutní péči²⁾ a který byl odmítnut jiným poskytovatelem, vystaví doklad 06, kde žádajícím poskytovatelem o intervenci je odmítající a poskytujícím je přijímající poskytovatel, a současně na dokladu uvede signální výkon 35828 „Příjem akutního pacienta odmítnutého jiným poskytovatelem“.
3. Úhrada za výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, úhrada za léčivé přípravky dle Přílohy č. 12 Vyhlášky a navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve tříměsíčním nebo nepřetržitým provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče v bazích MDC19 (OD_{MDC19}) nebudou hrazeny dle tohoto Dodatku, ale budou hrazeny v rámci standardní úhrady dle Přílohy č. 1, část A), bod 3. Vyhlášky.
 4. Vyhodnocení splnění výše uvedených podmínek Pilotního projektu provede Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR z dat všech zdravotních pojišťoven a vyhodnocení dodá nejpozději do 20. 5. 2021.
 5. V případě, že budou splněny všechny podmínky uvedené v odst. 2 tohoto článku současně, Pojišťovna následně provede vyúčtování hrazených služeb **za rok 2020** s využitím níže uvedených pravidel:
 - a) úhrada hrazených služeb uvedených v odst. 1 bude realizována nad rámec standardní úhrady dle Přílohy č. 1, část A), bod 3. Vyhlášky,
 - b) hrazené služby uvedené v odst. 1 nebudou hrazeny dle Přílohy č. 1, část A), bod 3. Vyhlášky a nevstoupí do hodnot referenčního a hodnoceného období,
 - c) snížení celkové úhrady formou případového paušálu v referenčním období ($CELK_{PU_{drg,2017}}$) se stanoví takto:

²⁾Pacient s akutním rozvojem nebo zhoršením příznaků duševního onemocnění, který vyžaduje urgentní hospitalizaci, neboť odkladem péče by došlo ke zhoršení/ohrožení jeho zdravotního stavu. Péči nelze provádět ambulantně z důvodu:

1. stav pacienta vyžaduje intenzivní léčbu s 24 hodinovým dohledem (např. významné změny farmakoterapie, denní aplikace injekcí/infuzí),
2. jde o pacienta nespolupracujícího z důvodu duševního onemocnění, který není schopný dodržovat terapeutický plán a dohodnutý postup léčby,
3. jde o pacienta se suicidálními myšlenkami či tendencemi nebo nebezpečného svému okolí.

U gerontopsychiatrických pacientů rozvoj závažných poruch chování a emocí v rámci onemocnění demencí (BPSD), nebo s nasedajícími komplikacemi typu deliria.

$$PU_{drg,2018} * \frac{CM_{2018,014,MDC19}}{CM_{2018,014}} - EM_{2018,MDC19}$$

kde:

$CM_{2018,014,MDC19}$ je počet případů hospitalizací Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin MDC19 uvedených v příloze č. 10 vyhlášky č. 353/2017 Sb., vynásobených indexy 2020.

$EM_{2018,MDC19}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče ve skupinách MDC19 v roce 2018, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období.

6. V případě, že nebudou splněny všechny podmínky uvedené v odst. 2 tohoto článku současně, bude úhrada hrazených služeb uvedených v odst. 1 tohoto článku realizována dle kapitoly 3B.

3B) Úhrada formou případového paušálu

- 3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2020,017}$ a $CM_{2018,017}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2020.
- 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 447 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 2019.
- 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 $PU_{drg,2020}$ podle výrazu:

$$CELK\ PU_{drg,2020} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2020,017,10}}{0,97 * CM_{2018,017,10}} \right\} * IPU * I_{ZP} + OD_{příloha\ 9,10} - EM_{2020,10}$$

kde:

$CM_{2018,017,10}$ 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 relativními vahami 2020 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$EM_{2020,10}$ 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 (HB) 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:

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

kde:

$PU_{drg,2018,10}$ 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. $PU_{drg,2018,10}$ se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2018,10} = \max \left\{ CM_{2018,017,10} * ZS_{min,10}; CELK\ PU_{drg,2018} + \sum_{j=1}^n \dot{U}HR_j^{2018} + EM_{2018} - OD_{2018,sestry,10} \right\}$$

kde:

$CELK\ PU_{drg,2018}$ je celková úhrada formou případového paušálu v referenčním období.

$ZS_{min,10}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 37 000 Kč pro poskytovatele, který má současně statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče a centra vysoce specializované onkologické péče podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Pokud poskytovatel nespĺňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti a zároveň statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo vysoce specializované péče o pacienty s iktem podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011

Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, potom se minimální základní sazba stanoví ve výši 34 000 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 28 200 Kč.

EM_{2018} 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 k této vyhlášce, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v referenčním období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ÚHR_j^{2018}$ celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do individuálně smluvně sjednaných bazí v referenčním období, kde $j = 1$ až n , kde n je počet těchto bazí.

$OD_{2018,sestry,10}$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třisměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče v referenčním období.

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

a kde:

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

$$KN_{10} = \text{MAX} \left\{ \left[1 + \frac{0,125}{\arctg \frac{1}{32} * \sqrt{\frac{PU_{drg,2018,10}}{CM_{2018,017,10}} - 25000}} \right]; \min \left\{ \max \left[1,1; 1,05 + \left(\frac{RT_{2020}}{2} + 0,02 \right) \right]; 1,11 \right\} \right\}$$

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 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 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 $PPR_{drg,2020,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2020}$ nebo pokud $PPR_{drg,2018,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2018}$, stanoví se redukovaný casemix takto:

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

kde:

X nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle 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.

$CM_{2020,017,10}$ 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 a které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2020, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2020}$ 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.

$PP_{drg,2018}$ 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:

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

kde:

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

kde:

$CM_{1,2020,017,10}$ 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 kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními vahami 2020, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{1,2018,017,10}$ 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 relativními vahami 2020, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{1,drg,2020}$ 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.

$PP_{1,drg,2018}$ 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:

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

kde:

$CM_{2020,017,10,4,5}$ 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 a které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními vahami 2020, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PPR_{drg,2020,4,5}$ 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 a které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo 5.

$PPR_{drg,2018,4,5}$ 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 a které byly kódem ukončení léčení 4 nebo 5.

RT₂₀₂₀ je vážený průměr z meziroční procentní změny platových tarifů ze dvou skupin zaměstnanců, kde první skupina jsou zdravotničtí pracovníci poskytující zdravotní služby podle §2 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách a druhou skupinou jsou zaměstnanci, kteří jsou lékaři nebo zubní lékaři poskytující zdravotní služby podle §2 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách u poskytovatele zdravotních služeb, kde vahou je průměrný přepočtený počet zaměstnanců v uvedených skupinách zjišťovaný v rámci sběru dat " Roční výkaz o složkách platu, personálním a provozním vybavení provozovatele zdravotních služeb za rok 2019". Výše referenčních platových tarifů pro rok 2018 je hodnota tarifů uvedených v Nařízení vlády č. 341/2017 o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě ze dne 17. prosince 2018. Výše platových tarifů pro hodnocené období je hodnota, kterou vláda zveřejní svým nařízením pro rok 2020.

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

$$I_{ZP} = \max \left[1; ARCTG \left(3 * \frac{CM_{red,2020,017,10}}{CM_{2018,017,10}} - 1,53 \right) * I_{GUP} \right]$$

kde:

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

a) Pokud $\frac{CM_{red,2020,017,10}}{CM_{2018,017,10}} \neq 1$, potom:

$$I_{GUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GUP_{2020}}{GUP_{2018}} - 1 \right)}{0,5 * \left(\frac{CM_{red,2020,017,10}}{CM_{2018,017,10}} - 1 \right)} \right) \right]$$

b) Pokud $\frac{CM_{red,2020,017,10}}{CM_{2018,017,10}} = 1$, potom $I_{GUP} = 1$

kde:

GUP_{2020} 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_{2018} 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.

(iv) $OD_{příloha\ 9,10}$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícími nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče vypočtené následovně:

$$OD_{příloha\ 9,10} = \min \left(\sum_{i=1}^n PocetOD_{2018,10,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n PocetOD_{2020,10,i} * NavýšeníOD_i}{0,8} \right)$$

kde:

$PocetOD_{2018,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , které byly vykázány v rámci případů hospitalizace 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.

$PocetOD_{2020,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , které byly vykázány v rámci případů hospitalizace 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.

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

3.6 Zdravotní pojišťovna a poskytovatel sjednají markery CZ-DRG nejpozději k 1. 1. 2020. Za rok 2020 je poskytovatel povinen vykazovat markery CZ-DRG, a to bez ohledu, zda má sjednanou formu úhrady dle odstavce 2, bodu 2.1. Vyhodnocení vykazování markerů CZ-DRG provede (na základě Metodiky vykazování markerů CZ-DRG dále jen „Metodika markerů“) ÚZIS ve spolupráci se zdravotní pojišťovnou. V případě hrubého porušení Metodiky markerů pojišťovna může snížit úhradu o 0,5% u zjištěných případů.

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 $CM_{2020,017,13}$, $CM_{2020,017,13,trans}$ a $CM_{2018,017,13}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2020.

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 2019.

4.4. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001, 0002 se stanoví úhrada ve výši:

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

kde:

$CM_{2020,017,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001, 0002 vynásobených relativními váhami 2020, které jsou uvedeny 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, 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 případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001, 0002 oceněná Hodnotami Bodu (HB) 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 **28 200 Kč**.
- $IZS_{2018,13}$ je individuální základní sazba vypočtená takto: $\frac{U_{arg,2018,13}}{CM_{2018,017,13}}$,

kde:

$U_{arg,2018,13}$ 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 příloze č. 13 k této vyhlášce, s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001, 0002 včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné Hodnotami Bodu (HB) 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 a snížená o navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třisměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče v referenčním období.

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

a kde:

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

$$KN_{13} = \text{MAX} \left\{ \left[1 + \frac{0,125}{\arctg \frac{\sqrt{\max(ZS_{min,13}; IZS_{2018,13}) - 25000}}{32}} \right]; \min \left\{ \max \left[1, 1; 1,05 + \left(\frac{RT_{2020}}{2} + 0,02 \right) \right]; 1,11 \right\} \right\}$$

kde:

$OD_{příloha 9,13}$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícími nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třisměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče vypočtené následovně:

$$OD_{příloha\ 9,13} = \min \left(\sum_{i=1}^n PocetOD_{2018,13,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n PocetOD_{2020,13,i} * NavýšeníOD_i}{0,8} \right)$$

a kde:

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

4.5. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, a zařazené podle Klasifikace do bazí 0001, 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, které jsou podle Klasifikace zařazený do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a které jsou zároveň podle Klasifikace zařazený do bazí 0001, 0002 vynásobených relativními váhami 2020, které jsou uvedeny 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, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazený do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a které jsou zároveň podle Klasifikace zařazený do bazí 0001, 0002 oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v hodnoceném období včetně nákladů na 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 výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč.

4.7. Zdravotní pojišťovna a poskytovatel sjednají markery CZ-DRG nejpozději k 1. 1. 2020. Za rok 2020 je poskytovatel povinen vykazovat markery CZ-DRG, a to bez ohledu, zda má sjednanou formu úhrady dle odstavce 2, bodu 2.1. Vyhodnocení vykazování markerů CZ-DRG provede (na základě Metodiky vykazování markerů CZ-DRG dále jen „Metodika markerů“) ÚZIS ve spolupráci se zdravotní pojišťovnou. V případě hrubého porušení Metodiky markerů pojišťovna může snížit úhradu o 0,5% u zjištěných případů.

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 1,18 Kč.

V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.

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, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby, hrazených služeb v odbornosti nemocniční lékárenství a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 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 navýšení úhrady uvedené v části A bodu 1 písmenu e) a bodu 8 a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
- 6.2. Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou poskytovatelů v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatelů v odbornosti 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 navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písmeno h) a bodu 2) písmenech a), b) a c) s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 3 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 ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů s výjimkou výkonů odbornosti 806 - mamografický screening a výkonů screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení hodnoty bodu uvedené v bodu 2 písmenech b) a c) a s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 písmeno g) a bodů 3, 4 a 5 přílohy č. 5 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů nepoužije.
- 6.4. 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 navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 4 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.
- 6.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě 1 a 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921, 925a 926 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 bodě 1 a 3 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 hrazené služby poskytované poskytovateli hemodialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A bodu 1 přílohy č. 8 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 8 k této vyhlášce, která se pro hemodialyzační péči hrazenou podle seznamu výkonů nepoužijí. Při splnění kvalitativních ukazatelů hemodialyzační péče bude zvýšená úhrada za bonifikační část uhrazena Poskytovateli nad rámec ambulantní složky úhrady. Pro další období tato navýšená úhrada nevstoupí do referenčních hodnot pro ambulantní složky úhrady.
- 6.8. Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle § 15.
- 6.9. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty 0,95 Kč.
- 6.10. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.
- 6.11. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.
- 6.12. Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 - mamografický screening, výkony screeningu děložního hrdla, výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 a výkony screeningu karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,11Kč.
- 6.13. Výkony č. 88101, 09563 (výkon 09563 bude mít hodnotu 350 bodů) a 09566 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.
- a) Poskytovateli, který splňuje podmínky uvedené ve Věstníku MZČR částka 4/2015, který zajišťuje urgentní příjem/příjmy, se zvýší roční úhrada o $K * X$ Kč, kde K může nabývat hodnoty od 0 do 1 na základě poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytován urgentní příjem. Celkový objem navýšení činí za ČR 360 mil. Kč, částka X na jeden urgentní příjem bude stanovena po upřesnění počtu urgentních příjmů MZ ČR z podílu 360 mil. Kč/ počet urgentních příjmů.
- b) V případě, že částka X vypočtená podle písmene a) bude nižší než 25 mil. Kč, bude celkový objem upraven tak, že každý urgentní příjem, který splňuje podmínky uvedené pod písmenem a) získá v roce 2020 minimální bonifikaci 25 mil. Kč.
- c) Pro ostatní poskytovatele urgentních příjmů se zvýší roční úhrada o $K * x$ Kč, kde K může nabývat hodnoty od 0 do 1 na základě poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytován urgentní příjem. Celkový objem navýšení činí za ČR 300 mil. Kč, částka na jednoho poskytovatele bude stanovena po upřesnění počtu poskytovatelů MZ ČR z podílu 300 mil. Kč/ počet poskytovatelů.
- 6.14. Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 6.1. až 6.10. se stanoví ve výši:

$$\begin{aligned} \dot{U}hr_{amb2020} = & \max \left\{ \dot{U}hr_{amb2020, \text{kompl}} + \dot{U}hr_{amb2020, \text{ost}}; \min \left[1; \frac{Hodnota_{p\acute{e}ce2020}}{Hodnota_{p\acute{e}ce2018}} \right] * \dot{U}hr_{amb2018} \right. \\ & \left. * 1,10; \min \left[\dot{U}hr_{amb2018} * 1,10; Hodnota_{p\acute{e}ce2020} \right] \right\} \end{aligned}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2018}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1. až 6.10. v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2018} = \sum_{i=1}^m \{PB_{i,2018} * (HB_{i,2020} + BON_{16/7})\} + KP_{2018}$$

kde:

$PB_{i,2018}$ 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 2020.

$HB_{i,2020}$ je hodnota bodu příslušící k danému výkonu i ve výši hodnoty bodu podle § 15 a 16, podle bodu 6.9. přílohy č. 1 přílohy 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 6.1. až 6.10.

$BON_{16/7}$ je bonifikace za nepřetržitý provoz, která nabývá hodnoty 0,05 Kč v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období nepřetržitou péči alespoň 16hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom radiodiagnostickém pracovišti, a hodnoty 0 v ostatních případech.

KP_{2018} je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1. až 6.10., 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).

a kde:

$Hodnota_péče_{2020}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1. až 6.10. v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

$PB_{i,2020}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až m , kde m je počet výkonů podle bodů 6.1. až 6.10.

KP_{2020} je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1. až 6.10.

a kde:

$Úhr_amb_{2018}$ 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.

$Úhr_amb_{2020,kompl}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 6.3., která se stanoví ve výši:

kde:

$$\begin{aligned} \text{Úhr_amb}_{2020,kompl} &= \max \left\{ \min [\text{Úhr_amb}_{2018,kompl} * 1,10; \text{Hodnota_péče}_{2020,kompl}]; \min \left[1; \frac{\text{Hodnota_péče}_{2020,kompl}}{\text{Hodnota_péče}_{2018,kompl}} \right] \right. \\ &\quad \left. * \text{Úhr_amb}_{2018,kompl} * 1,10 \right\} \end{aligned}$$

$\text{Úhr_amb}_{2018,kompl}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.3., včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce, která je vypočtená takto:

$$\text{Úhr_amb}_{2018,kompl} = \text{Úhr_amb}_{2018} * \frac{\text{Hodnota_péče}_{2018,kompl}}{\text{Hodnota_péče}_{2018}}$$

kde:

$\text{Hodnota_péče}_{2018,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 6.3. v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$\text{Hodnota_péče}_{2018,kompl} = \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2018,kompl} * (HB_{i,2020} + BON_{16/7})\} + KP_{2018,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2018,kompl}$ 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 6.3., a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2020.

$KP_{2018,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.3., 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).

a kde:

$\text{Hodnota_péče}_{2020,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 6.3. v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

$PB_{i,2020,kompl}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období za hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 6.3.

$KP_{2020,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 6.3.

a kde:

$Úhr_amb_{2020,ost}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.10., která se stanoví ve výši:

$$Úhr_amb_{2020,ost} = \max \left\{ \min \left[Úhr_amb_{2018,ost} * 1,10 + Hnp_{2020}; Hodnota_péče_{2020,ost} \right]; \min \left[1; \frac{Hodnota_péče_{2020,ost}}{Hodnota_péče_{2018,ost}} \right] * I_{zp_amb} * Úhr_amb_{2018,ost} * 1,10 \right\}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

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

kde:

$$I_{zp1_amb} = \max \left[0; \min \left(\frac{Hodnota_péče_{2020,ost} - Hodnota_péče_{2018,ost}}{Hodnota_péče_{2018,ost} * 1,10}; \frac{Hnp_{2020}}{Úhr_amb_{2018,ost} * 1,10} \right) \right]$$

$$I_{zp2_amb} = \max \left\{ 0; 0,75 * \min \left[\frac{Hodnota_péče_{2020,ost}}{Hodnota_péče_{2018,ost}} - \max \left(1,03; 1 + \frac{Hnp_{2020}}{Úhr_amb_{2018,ost}} \right); 0,1 \right] * IZ_{GAUP} \right\}$$

a kde:

$Úhr_amb_{2018,ost}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. 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, která je vypočtená takto:

$$Úhr_amb_{2018,ost} = Úhr_amb_{2018} * \frac{Hodnota_péče_{2018,ost}}{Hodnota_péče_{2018}}$$

kde:

$Hodnota_péče_{2018,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.10., v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2018,ost} = \sum_{i=1}^n \{ PB_{i,2018,ost} * (HB_{i,2020} + BON_{16/7}) \} + KP_{2018,ost}$$

kde:

$PB_{i,2018,ost}$ 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., 6.2. a 6.4. až 6.10. a těmito body se rozumí body přepočtené 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 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.10.

a kde:

$Hodnota_péče_{2020,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.10., v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

$PB_{i,2020,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až n, kde n je počet výkonů podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.10.

$KP_{2020,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1. 6.2. a 6.4. až 6.10.

a kde:

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

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

$$IZ_{GAUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2020}}{GAUP_{2018}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[\left(\frac{Hodnota_péče_{2020,ost}}{Hodnota_péče_{2018,ost}} - 1 \right); 0,10 \right]} \right) \right]$$

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

kde:

$GAUP_{2020}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.10.

$GAUP_{2018}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.10.

a kde:

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

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

6.15. 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.

- 6.16. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 6.1. až 6.13. 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,18 Kč.
7. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné **dvanáctiny 110 %** objemu úhrady za referenční období včetně úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve tříměnném nebo nepřetržitém provozním režimu. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.
9. V rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčiv přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve **výši 1,70 Kč**.

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 2020 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 relativní váhou uvedenou v přílohách č. 10. nebo 13. k této vyhlášce u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou

uznaný $CM_{2020,017,10}$, $CM_{1,2020,017,10}$, $CM_{2020,017,10,4,5}$ případně $CM_{2020,017,13}$ nebo (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 pětičíselného kódu DRG skupiny.

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

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 2020 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, 6.2, 6.4 a 6.10 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

2.2 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 bodě 2.1 (iii) 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 bodě 2.1 (iii), 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.

2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, indikovanou při poskytování ambulantních služeb, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 (iii) 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 bodě 2.1 (iii) 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. 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 2020 hodnotou bodu platnou 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 % 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.
- 2.6 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.

Příloha č. 9 k vyhlášce číslo xx/2019 Sb.

Typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů, navýšeného o 6% oproti roku 2019.

Příloha č. 10 k vyhlášce číslo xx/2019Sb.

Úhrada formou případového paušálu

V rozsahu vyhlášky č. 201/2018Sb.

Příloha č. 11 k vyhlášce číslo xx/2019Sb.

Výše úhrad hrazených služeb podle § 9 odst. 2

Příloha č. 12 k vyhlášce číslo xx/2019Sb.

Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem, z platby vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, z ambulantní složky úhrady

V rozsahu vyhlášky č. 201/2018 Sb. se začleněním **LP Hemlibra (B02BX06)**

Příloha č. 13 k vyhlášce číslo xx/2019Sb.

Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

V rozsahu vyhlášky č. 201/2018Sb.

Příloha č. 14 k vyhlášce číslo xx/2019Sb.

Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese

V rozsahu vyhlášky č. 201/2018 Sb.