

ZÁPIS Z JEDNÁNÍ DŘ O HODNOTÁCH BODU, VÝŠI ÚHRAD ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB HRAZENÝCH Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A REGULAČNÍCH OMEZENÍCH PRO ROK 2021

ÚSTŘEDÍ VZP ČR, ORLICKÁ (TELEKONFERENCE)
19. 6. 2020

ÚČASTNÍCI JEDNÁNÍ

Ústředí VZP ČR:	Ing. Šmehlík, Ing. Mrázek, Mgr. Dřimalová, Ing. Jankůj
SZP ČR (všichni Webex):	MUDr. Knorová, Ing. Bilík (ČPZP), RNDr. Kopecká, MUDr. Vojtová (OZP), Ing. Křen (RBP), Ing. Hrabák (VoZP), MUDr. Šmach (ZPŠ), MUDr. Kučerová (ZPMV)
Zástupci poskytovatelů:	MUDr. Volejník (ANČR)
Zástupci poskytovatelů (všichni Webex):	JUDr. Ing. Ludvík, JUDr. Svoboda (ANČR), MUDr. Sohlich, MUDr. Fiala, Ing. Čarvaš (AČMN), Ing. Mlčák (AKN), Ing. Haklová (SSN) Ing. Macek, Ing. Něničková

PROGRAM JEDNÁNÍ

1. Úvod:

Jednání se uskutečnilo v rámci závěrečné fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2021 v **segmentu poskytovatelů akutní lůžkové péče** (dále jen „DŘ“). V rámci úsilí o uzavření dohody bylo svoláno mimořádné jednání účastníků DŘ.

2. Průběh jednání:

V rámci jednání byl zrekapitulován průběh DŘ a návrhy jednajících stran.

Ve snaze dojít k dohodě byl předložen upravený návrh ANČR. V rámci jednání byly jednotlivé parametry návrhu diskutovány a modifikovány. Výsledkem diskuze je návrh uvedený v příloze č. 1 tohoto zápisu, se kterým zástupci poskytovatelů zastoupených asociacemi ANČR, AČMN, SSN i AKN vyslovili souhlas. Za zdravotní pojišťovny byl vysloven souhlas ze strany VZP ČR. Zástupci SZP ČR byli proti tomuto návrhu.

3. Závěry jednání:

Jednající strany i přes mimořádné úsilí nedošly k dohodě. Došlo však ke sblížení či průniku parametrů účastníků jednání avšak nebylo možné předložit společný návrh všech jednajících zástupců.

V Praze dne 19. 6. 2020

Zapsala: Mgr. Dřimalová

Schválil: Ing. David Šmehlík, MHA

Návrh ANČR – úprava dle společného jednání 19. 6. 2020

DŘ na rok 2021

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

Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2019.

Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2021.

Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2021, poskytovatelem vykázané do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2022.

Pokud dojde v hodnoceném období ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 35 Kč.

Úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

Nepoužije se u poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče a na poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, na poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, na poskytovatele v oboru zubní lékařství a na poskytovatele ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů.

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

Za každou epizodu péče spojenou s převzetím pacienta od zdravotnické záchranné služby u poskytovatele akutní lůžkové péče se stanoví úhrada ve výši 1 000 Kč. Tato péče bude poskytovatelem vykázána výkonem č. 09564 podle seznamu výkonů. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

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

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2021 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, paušální úhradu, úhradu vyčleněnou z paušální úhrady, úhradu formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Pro výpočet referenčních hodnot individuálně smluvně sjednané složky úhrady, paušální úhrady, úhrady vyčleněné z paušální úhrady, úhrady formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.
- 1.1 Za rok 2021 je poskytovatel povinen vykazovat markery CZ-DRG, a to bez ohledu, zda má sjednanou formu úhrady podle bodu 2.1. Zdravotní pojišťovna vyhodnotí soulad vykazování markerů CZ-DRG poskytovatelem s Metodikou vykazování markerů CZ-DRG uvedenou v Klasifikaci CZ-DRG. V případě nevykazování CZ-DRG markerů v souladu s metodikou u více jak 10 % hospitalizačních případů, minimálně však u 10 případů, může zdravotní pojišťovna u případů, u nichž nebyly markery CZ-DRG náležitě vykazovány, snížit úhradu o 0,5 %.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady
 - 2.1 Pokud si zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnou rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro hrazené služby, jež jsou zahrnuty v paušální úhradě, v úhradě vyčleněné z paušální úhrady nebo v úhradě formou případového paušálu, úhrada za tyto služby se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 7.
 - 2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.“), se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.3.
 - 2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2019.

2.2.2 Pro skupiny:

a)	Dermatologie (Aktinická keratóza, Psoriáza těžká)
b)	Dýchací soustava 1 (Astma, CHOPN)
c)	Dýchací soustava 2 (Idiopatická plicní fibróza)
d)	Endokrinologie (Akromegalie, Endokrinní oftalmopatie, Toxická struma štítné žlázy, Růstové hormony)
e)	Hematoonkologie (Leukemie, Lymfomatózní meningitida, Lymfomy, Mnohočetný myelom, Myelo-dysplastické syndromy, Podpurná hematoonkologie, Zhoubné imunoproliferativní nemoci, Hematologie)
f)	Imunitní systém (Autoinflamatorní onemocnění, Digitální ulcerace u systémové sklerodermie, Polyangiitida, Transplantace)
g)	Infekce (Hepatitida C)
h)	Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Metabolické vady)
i)	Neurologie 1 (Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Substituční léčba)
j)	Neurologie 2 (Roztroušená skleróza)
k)	Neurologie 3 (Spinální svalová atrofie)
l)	Oběhový systém (Plicní arteriální hypertenze)
m)	Oftalmologie (Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie – jiné)
n)	Onkologie – solidní nádory (Hepatocelulární karcinom, Nádory hlavy a krku, Nádory kolorekta, Nádory ledviny, Nádory močového ústrojí, Nádory mozku, Nádory ovarií, Nádory plic, Nádory prostaty, Nádory prsu, Nádory slinivky, Nádory štítné žlázy, Nádory z embryonálních buněk, Nádory žaludku, Osteosarkom, pNET, Sarkomy měkkých tkání, Jiné nádory měkkých tkání, Jiné ZN kůže, Kožní lymfomy, Maligní melanom, Mezoteliom pleury)
o)	Osteoporóza
p)	Revmatologie (Bechtěrevova choroba, Artritida, Lupus erythematosus, Psoriatická artritida)
q)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida)
r)	Cystická fibróza
s)	Ostatní – výše neuvedená onemocnění s výjimkou skupiny hepatologie
t)	Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest

se stanoví maximální úhrada takto:

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

kde:

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

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

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

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

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

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

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

Diagnostická skupina	Index navýšení úhrady
Dermatologie	1,29
Dýchací soustava 1	1,60
Dýchací soustava 2	1,24
Endokrinologie	1,00
Hematoonkologie	1,14
Imunitní systém	1,16
Infekce	1,18
Metabolické vady	1,03
Neurologie 1	1,26
Neurologie 2	1,05
Neurologie 3	1,20
Oběhový systém	1,01
Oftalmologie	1,16
Onkologie – solidní nádory	1,21
Osteoporóza	1,00
Revmatologie	1,03
Trávicí soustava	1,04
Cystická fibróza	1,80
Ostatní	1,30

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

3. Paušální úhrada

3.1 Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2021¹⁾ (dále jen „Klasifikace“) do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které současně nespádají do úhrady podle části A bodu 5 této přílohy. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v části A bodě 3.7 této přílohy, paušální úhrada nezahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v referenčním období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. Případy hospitalizací se při výpočtu proměnných v hodnoceném období rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které zároveň nespádají do definice případů hospitalizací dle proměnné $C\dot{U}_{i,CZ-DRG,2021}$ podle části A bodu 5 této přílohy.

²⁾ Sdělení Českého statistického úřadu č. 198/2019 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

- 3.3 Pro výkony ošetrovacího dne č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z paušální úhrady, se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč.
- 3.4 Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2020.
- 3.5 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně.
- 3.6 Výše paušální úhrady se stanoví jako $CELK\ PU_{drg,2021}$ podle výrazu:

$$CELK\ PU_{drg,2021} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2021,018,10}}{0,95 * (CM_{2019,018,10} - CM_{CZ-DRG,2019} - CM_{MDC19,2019})} \right\} * IPU * I_{ZP} + 1,07 * OD_{příloha\ 9,10} - EM_{2021,10} + EM_{MDC19}$$

kde:

$CM_{2019,018,10}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{CZ-DRG,2019}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče nebo se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii podle zákona o zdravotních službách²⁾ a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2019 podle Klasifikace CZ-DRG.

$CM_{MDC19,2019}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,2019}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,2019}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$EM_{2021,10}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném

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

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

EM_{MDC19} v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, EM_{MDC19} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. V ostatních případech EM_{MDC19} nabývá hodnoty 0.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(i) IPU = PU_{drg,2019,10} * KN_{10}$$

kde:

$PU_{drg,2019,10}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou. $PU_{drg,2019,10}$ se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2019,10} = \max \left\{ \begin{aligned} & (CM_{2019,018,10} - CM_{CZ-DRG,2019} - CM_{MDC19,2019}) \\ & * ZS_{min,10}; \left(1 - \frac{CM_{CZ-DRG,2019} + CM_{MDC19,2019}}{CM_{2019,018,10}} \right) \\ & * \left(CELK PU_{drg,2019} + \sum_{j=1}^n \dot{UHR}_{ISU}^{2019} + EM_{2019,10} - OD_{2019,příloha\ 9,10} \right) \end{aligned} \right\}$$

kde:

$CELK PU_{drg,2019}$ je celková výše paušální úhrady v referenčním období.

$ZS_{min,10}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 38 021 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu: centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc podle zákona o zdravotních službách. Pokud poskytovatel nesplňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut alespoň dvou center vysoce specializované péče z následujícího seznamu - centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče, centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, centrum vysoce

specializované péče pro izolaci pacientů s podezřením na vysoce nakažlivou nemoc, centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem, centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče podle zákona o zdravotních službách - minimální základní sazba se stanoví ve výši 34 808 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve 29 580 Kč.

- EM_{2019} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
- $\dot{U}HR_{ISU}^{2019}$ celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do individuálně smluvně sjednaných bazí v referenčním období.
- $OD_{2019, \text{příloha 9,10}}$ navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce v referenčním období za ošetrovací dny případů hospitalizací podle bodu 3.2 zařazených do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

a kde:

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

$$KN_{10} = 1 + \frac{0,19}{ARCTG \left(\frac{1}{18,5} * \sqrt{\frac{PU_{drg,2019,10}}{(CM_{2019,018,10} - CM_{CZ-DRG,2019} - CM_{MDC19,2019})}} - 26000 \right)}$$

kde:

$ARCTG$ je funkce Arkus tangens

(ii) $CM_{red,2021,018,10}$ se vypočítá následovně:

- a) Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a nespádajících do případů hospitalizací dle proměnných $CM_{CZ-DRG,2019}$ a $CM_{MDC19,2019}$, 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 $(PPR_{drg,2021,4,5} - PPR_{MDC19,2021,4,5}) \leq 0,1 * (PP_{drg,2021} - PP_{MDC19,2021})$ nebo pokud $(PPR_{drg,2019,4,5} - PPR_{CZ-DRG,2019,4,5} - PPR_{MDC19,2021,4,5}) \leq 0,1 * (PP_{drg,2019} - PP_{CZ-DRG,2019} - PP_{MDC19,2019})$, stanoví se redukováný casemix takto:

$$CM_{red,2021,018,10} = \min \left\{ (CM_{2021,018,10} - CM_{MDC19,2021}); (CM_{2021,018,10} - CM_{MDC19,2021})^{0,2} * \left(X * (PP_{drg,2021} - PP_{MDC19,2021}) * \frac{(CM_{2019,018,10} - CM_{CZ-DRG,2019} - CM_{MDC19,2019})}{(PP_{drg,2019} - PP_{CZ-DRG,2019} - PP_{MDC19,2019})} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

- X nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce větší než 0,01, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 14 k této vyhlášce menší nebo roven 0,01.
- $CM_{2021,018,10}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- $CM_{MDC19,2021}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,2021}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,2021}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.
- $PP_{drg,2021}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- $PP_{MDC19,2021}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PP_{MDC19,2021}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $PP_{MDC19,2021}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.
- $PP_{drg,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- $PP_{CZ-DRG,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2019 podle Klasifikace CZ-DRG.
- $PP_{MDC19,2019}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PP_{MDC19,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou

uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $PP_{MDC19,2019}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

b) V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2021,018,10} = CM_{red\ 1} + CM_{red\ 2},$$

kde:

$$CM_{red\ 1} = \min \left\{ (CM_{1,2021,018,10} - CM_{MDC19,1,2021}); (CM_{1,2021,018,10} - CM_{MDC19,1,2021})^{0,2} * \left(X * (PP_{1,drg,2021} - PP_{MDC19,1,2021}) * \frac{(CM_{1,2019,018,10} - CM_{CZ-DRG,1,2019} - CM_{MDC19,1,2019})}{(PP_{1,drg,2019} - PP_{CZ-DRG,1,2019} - PP_{MDC19,1,2019})} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

$CM_{1,2021,018,10}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{MDC19,1,2021}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,1,2021}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,1,2021}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$CM_{1,2019,018,10}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

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

k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2019 podle Klasifikace CZ-DRG.

- $CM_{MDC19,1,2019}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,1,2019}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bází 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,1,2019}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.
- $PP_{1,drg,2021}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.
- $PP_{MDC19,1,2021}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PP_{MDC19,1,2021}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bází 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech $PP_{MDC19,1,2021}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.
- $PP_{1,drg,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.
- $PP_{CZ-DRG,1,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, pokud jde o hrazené služby, které současně splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2019 podle Klasifikace CZ-DRG.
- $PP_{MDC19,1,2019}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PP_{MDC19,1,2019}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bází 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech $PP_{MDC19,1,2019}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

a kde:

$$CM_{red\ 2} = (CM_{2021,018,10,4,5} - CM_{MDC19,2021,4,5}) * \min \left[1; \left(1,05 * \frac{PPR_{drg,2019,4,5} - PPR_{CZ-DRG,2019,4,5} - PPR_{MDC19,2019,4,5}}{PPR_{drg,2021,4,5} - PPR_{MDC19,2021,4,5}} * \frac{PP_{drg,2021} - PP_{MDC19,2021}}{PP_{drg,2019} - PP_{CZ-DRG,2019} - PP_{MDC19,2019}} \right) \right],$$

kde:

$CM_{2021,018,10,4,5}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{MDC19,2021,4,5}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $CM_{MDC19,2021,4,5}$ je počet případů hospitalizací podle bodu 3.2 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce. V ostatních případech $CM_{MDC19,2021,4,5}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

$PPR_{drg,2021,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{MDC19,2021,4,5}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PPR_{MDC19,2021,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech $PPR_{MDC19,2021,4,5}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

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

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

služby, které současně splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2019 dle Klasifikace CZ-DRG.

$PPR_{MDC19,2019,4,5}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PPR_{MDC19,2019,4,5}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací podle bodu 3.2, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5. V ostatních případech $PPR_{MDC19,2019,4,5}$ nabývá hodnoty 0 a nezahrnuje žádné případy hospitalizací.

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

$$I_{ZP} = \max \left[1; \text{ARCTG} \left(3 * \frac{CM_{red,2021,018,10}}{CM_{2019,018,10} - CM_{CZ-DRG,2019} - CM_{MDC19,2019}} - 1,443 \right) \right]$$

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

$$OD_{příloha\ 9,10} = \min \left(\sum_{i=1}^n (PocetOD_{2019,10,i} - PocetOD_{CZ-DRG,2019,10,i} - PocetOD_{MDC19,2019,i}) * \right. \\ \left. NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n (PocetOD_{2021,10,i} - PocetOD_{MDC19,2021,i}) * NavýšeníOD_i}{0,8} \right)$$

kde:

$PocetOD_{2019,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{CZ-DRG,2019,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud jde o hrazené služby, které splňují pravidla pro zařazování případů pro rok 2019 dle Klasifikace CZ-DRG, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{MDC19,2019,i}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PocetOD_{MDC19,2019,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů. V ostatních případech $PocetOD_{MDC19,2019,i}$ nabývá hodnoty 0.

$PocetOD_{2021,10,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$PocetOD_{MDC19,2021,i}$ v případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7, $PocetOD_{MDC19,2021,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace podle bodu 3.2 ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů. V ostatních případech $PocetOD_{MDC19,2021,i}$ nabývá hodnoty 0.

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

3.7 Poskytovatel musí splnit podmínky uvedené v tomto bodě pro účely úhrady bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce formou úhrady vyčleněné z paušální úhrady:

- a) **Podíl akutních hospitalizačních případů diagnostické kategorie MDC 19, ukončený přeložením na následné lůžko psychiatrické péče**
počet poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených do MDC 19 a ukončených v hodnoceném období přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 60 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených do MDC 19 a ukončených v hodnoceném období.
- b) **Podíl hospitalizačních případů zařazených do MDC 19, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče**
počet poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených do MDC 19 a ukončených v hodnoceném období (s kódem ukončení 5) přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče, nepřekročí 10 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených do MDC 19 a ukončených v hodnoceném období.
- c) **Podíl hospitalizačních případů s hlavní diagnózou F00-F07, F20-F29 nebo F30-F39**
počet poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací s hlavní diagnózou F00 až F07, F20 až F29 a F30 až F39, ukončených v hodnoceném období, bude větší nebo roven 30 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených do MDC 19 a ukončených v hodnoceném období.
- d) **Podíl hospitalizačních případů s vedlejší diagnózou R 45.1, R45.4 a R45.6**
počet poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací s vedlejší diagnózou R 45.1, R45.4 a R45.6, ukončených v hodnoceném období, bude větší nebo roven 10 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených do MDC 19 a ukončených v hodnoceném období.
- e) **Hospitalizace pacienta bez souhlasu pacienta**

počet poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací bez souhlasu pacienta, ukončených v hodnoceném období, bude větší nebo roven 2 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených do MDC 19 a ukončených v hodnoceném období.

- f) **Nepřetržitá dostupnost (nepodkročitelný požadavek)**
poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím v diagnostické kategorii MDC 19.
Pro účely monitorování nepřetržitého příjmu pacientů poskytovatel vykazuje marker „Příjem k hospitalizaci v nočních hodinách 22 až 6 hodin a ve dnech pracovního klidu“.
- g) **Příjem pacientů odmítnutých jiným poskytovatelem**
podmínka je pouze technickou možností oznámit identifikaci poskytovatele, který odmítl akutního pacienta, nikoliv podmínkou pro bonifikace.

Pro poskytnutí bonifikace mohou poskytovatelé akutní lůžkové psychiatrické péče nenaplnit jeden z parametrů uvedených výše v bodech a) až e), naopak podmínka uvedená v bodě f) je nepodkročitelná a bez jejího naplnění nelze bonifikaci poskytnout, podmínka uvedená v bodě g) je pouze technickou možností a nemusí být naplněna.

Vyhodnocení splnění výše uvedených podmínek za rok 2021 provede Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR z dat všech zdravotních pojišťoven a vyhodnocení dodá nejpozději do 21.5.2022.

4. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

- 4.1 Úhrada vyčleněná z paušální úhrady zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 3.7 části A této přílohy, úhrada vyčleněná z paušální úhrady dále zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do bazí 1901 až 1940 uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- 4.2 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2021,018,13}$, $CM_{2021,018,13,trans}$, $CM_{2019,018,13}$, $CM_{2021,018,MDC19,A}$ a $CM_{2021,018,MDC19,O}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené podle Klasifikace.
- 4.3 Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2020.
- 4.4 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$KN_{13} * CM_{2021,018,13} * \max\{IZS_{2019,13}; ZS_{min,13}\} + 1,07 * OD_{příloha\ 9,13} - EM_{2021,13},$$

kde:

$CM_{2021,018,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce

s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$EM_{2021,13}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{min,13}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 34 808 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 29 580 Kč.

$IZS_{2019,13}$ je individuální základní sazba vypočtená takto: $\frac{U_{drg,2019,13}}{CM_{2019,018,13}}$

kde:

$U_{drg,2019,13}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, zvýšená o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky, snižená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce a snižená o k těmto případům příslušné navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne uvedené v příloze č. 9 k této vyhlášce.

$CM_{2019,018,13}$ je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce s výjimkou případů zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

a kde:

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

$$KN_{13} = 1 + \frac{0,19}{ARCTG\left(\frac{\sqrt{\max(ZS_{min,13}; IZS_{2019,13}) - 26000}}{18,5}\right)}$$

a kde:

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

$$OD_{\text{příloha 9,13}} = \min \left(\sum_{i=1}^n PocetOD_{2019,13,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n PocetOD_{2021,13,i} * NavýšeníOD_i}{0,8} \right)$$

kde:

$PocetOD_{2019,13,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a to včetně ošetrovacích dnů, které byly 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.

$PocetOD_{2021,13,i}$ je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu i , vykázaných v rámci případů hospitalizace ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a to včetně ošetrovacích dnů, které byly vykázaný v rámci případů hospitalizace podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002, kde i nabývá hodnot 1 až n a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

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

$$CM_{2021,018,13,trans} * ZS_{2021,trans} - EM_{2021,13,trans}$$

kde:

$CM_{2021,018,13,trans}$ je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaných, zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002 vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$EM_{2021,13,trans}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 0001 a 0002 vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{2021,trans}$ je základní sazba pro transplantace, která se stanoví ve výši 63 000 Kč.

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

$$\begin{aligned} \dot{U}HR_{MDC19} = & \max\{IZS_{2019,10} * KN_{10} * 1,05 * (CM_{2021,018,MDC19,A} + CM_{2021,018,MDC19,O}); \\ & ZS_{min,MDC19} * KB_{trans} * (1,2 * CM_{2021,018,MDC19,A} + CM_{2021,018,MDC19,O})\} \\ & - EM_{MDC19} + 1,12 * OD_{sestry,MDC19} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{2021,018,MDC19,A}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1930, 1933 a 1934, vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{2021,018,MDC19,O}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do bazí 1901, 1931, 1932 a 1935 až 1940 vynásobených relativními váhami 2021 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$ZS_{min,MDC19}$ je minimální základní sazba pro rok 2021, která se stanoví ve výši 38 021 Kč.

KB_{trans} je koeficient bonifikace za transformační plán, který nabývá hodnoty 1,5, nárok na bonifikaci je podmíněn provedením restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče podle plánu restrukturalizace, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví. V ostatních případech KB_{trans} nabývá hodnoty 1.

$IZS_{2019,10}$ je individuální základní sazba za případy hospitalizací hrazené paušální úhradou v referenčním období. V případě, že poskytovatel v referenčním období neposkytoval služby hrazené paušální úhradou, $IZS_{2019,10}$ nabývá hodnoty 1. V ostatních případech se vypočte následovně:

$$IZS_{2019,10} = \frac{PU_{drg,2019,10}}{(CM_{2019,018,10} - CM_{CZ-DRG,2019} - CM_{MDC19,2019})}$$

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

$$OD_{sestry,MDC19} = \min\left(\sum_{i=1}^n PocetOD_{MDC19,2019,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n PocetOD_{MDC19,2021,i} * NavýšeníOD_i}{0,8}\right).$$

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

5. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG

5.1 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce,

u poskytovatelů se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče nebo se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii nebo se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkourologii nebo se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkologii, u kterých byla současně vykázána hlavní diagnóza C00 až D48.

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

5.3 Případy hospitalizací se při výpočtu $CÚ_{i,CZ-DRG,2021}$ rozumí případy hospitalizací klasifikované podle Klasifikace CZ-DRG podle přílohy č. 15 k této vyhlášce.

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

5.5 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně.

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

$$UPP_{CZ-DRG,2021} = \sum_{i \in \{PO, OG\}} (CÚ_{i,CZ-DRG,2021} - EM_{i,CZ-DRG,2021})$$

kde:

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

$CÚ_{PO,CZ-DRG,2021}$ je počet případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, vynásobených úhradovými tarify uvedenými v příloze č. 15 k této vyhlášce.

$CÚ_{OG,CZ-DRG,2021}$ je počet případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, vynásobených úhradovými tarify uvedenými v příloze č. 15 k této vyhlášce.

$EM_{PO,CZ-DRG,2021}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 15 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$EM_{OG,CZ-DRG,2021}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací s hlavní diagnózou C00 až D48 podle mezinárodní klasifikace nemocí vykázaných poskytovatelem se statutem centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace CZ-DRG do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 15 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

6. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,35 Kč.
V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace.
7. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb poskytovaných ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby, hrazených služeb poskytovaných v odbornosti nemocniční lékárenství a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 917, 919, 921, 925 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
 - 7.1 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapítace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení úhrady uvedené v části A bodu 2 písm. a) a bodu 7 a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
 - 7.2 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou poskytovatelů v odbornostech 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) a bodu 2 písm. a), b) a c) se nepoužije; dále se nepoužijí ani výpočet celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce.
 - 7.3 Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou výkonů odbornosti 806 podle seznamu výkonů a výkonů screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu uvedené

v bodě 2 písm. b) a c) a výpočet celkové úhrady podle bodu 2 písmeno g) a bodů 4, 8 a 9 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí.

- 7.4 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2, 3 a 4 přílohy č. 4 k této vyhlášce a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro hrazené služby odbornosti 613 uvedené v části B přílohy č. 4 k této vyhlášce se stanoví úhrada podle části B přílohy č. 4 k této vyhlášce.
- 7.5 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.6 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.7 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Při splnění kvalitativních ukazatelů dialyzační péče podle přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada za navýšení hodnoty bodu podle části A a za hrazené služby podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce nezapočítá do úhrady podle bodu 7.14.
- 7.8 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.
- 7.9 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,95 Kč.
- 7.10 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 16.
- 7.11 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,09 Kč. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč.
- 7.12 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů a výkony screeningu děložního hrdla se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,12 Kč. Výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů a výkony screeningu karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,11 Kč.
- 7.13 Výkony č. 09566 (signální marker), 88101 a 09563 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728 a 06729 podle seznamu výkonů jsou považovány za markery s nulovou hodnotou bodu. Poskytovateli:
- a) který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje urgentní příjem, se zvýší úhrada o $K \times 30\,000\,000\text{ Kč}$, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{Úhr}_{amb_{2021}} = & \max\left\{\text{Úhr}_{amb_{2021,kompl}} + \text{Úhr}_{amb_{2021,ost}}; \right. \\ & \min\left[\frac{1,074 * \text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}} + 1,064 * \text{Hodnota}_{péče_{2019,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2019}}}; \frac{\text{Hodnota}_{péče_{2021}} * 1,05}{\text{Hodnota}_{péče_{2019}}}\right] * \\ & \text{Úhr}_{amb_{2019}} * \frac{\text{BON}_{16/7,kompl} * \text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}} + \text{BON}_{16/7,ost} * \text{Hodnota}_{péče_{2019,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2019}}}; \\ & \left. \min\left[\text{Úhr}_{amb_{2019}} * \frac{1,074 * \text{BON}_{16/7,kompl} * \text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}} + 1,064 * \text{BON}_{16/7,ost} * \text{Hodnota}_{péče_{2019,ost}}}{\text{Hodnota}_{péče_{2019}}}; \text{Hodnota}_{péče_{2021}}\right]\right\} \end{aligned}$$

kde:

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

$$\text{Hodnota}_{péče_{2019}} = \text{Hodnota}_{péče_{2019,kompl}} + \text{Hodnota}_{péče_{2019,ost}}$$

a kde:

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

$$\text{Hodnota}_{péče_{2021}} = \text{Hodnota}_{péče_{2021,kompl}} + \text{Hodnota}_{péče_{2021,ost}}$$

a kde:

$\text{Úhr}_{amb_{2019}}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1 až 7.10, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť

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

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

$$\dot{U}hr_amb_{2021,kompl} = \max \left\{ \min \left[\dot{U}hr_amb_{2019,kompl} * 1,074 * BON_{16/7,kompl}; Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2021,kompl} \right]; \min \left[1,074; \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2021,kompl} * 1,05}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl}} \right] * \dot{U}hr_amb_{2019,kompl} * BON_{16/7,kompl} \right\}$$

kde:

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

$$\dot{U}hr_amb_{2019,kompl} = \dot{U}hr_amb_{2019} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019}}$$

kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,kompl} = (\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2019,kompl} * HB_{i,2021}\} + KP_{2019,kompl}) * BON_{16/7,kompl}$$

kde:

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

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

$KP_{2019,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.3.

$BON_{16/7,kompl}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,064 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti, a hodnoty 1 v ostatních případech.

a kde:

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

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

kde:

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

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

a kde:

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

$$Úhr_amb_{2021,ost} = \max\left\{\min\left[Úhr_amb_{2019,ost} * 1,064 * BON_{16/7,ost} + Hnp_{2021}; Hodnota_péče_{2021,ost}\right]; \min\left[1,064; \frac{Hodnota_péče_{2021,ost} * 1,05}{Hodnota_péče_{2019,ost}}\right] * I_{zp_amb} * Úhr_amb_{2019,ost} * BON_{16/7,ost}\right\}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

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

kde:

$$I_{zp1_amb} = \max\left[0; \min\left(\frac{Hodnota_péče_{2021,ost} * 1,05 - Hodnota_péče_{2019,ost} * 1,06}{Úhr_amb_{2019,ost} * 1,06 * BON_{16/7,ost}}; \frac{Hnp_{2021}}{Úhr_amb_{2019,ost} * 1,06 * BON_{16/7,ost}}\right)\right]$$

$$I_{zp2_amb} = \max\left\{0; \min\left[\frac{0,075}{1,06 * BON_{16/7,ost}}; IZ_{GAUP} * 0,75 * \left(\frac{Hodnota_péče_{2021,ost} * 1,05 - Hodnota_péče_{2019,ost} * 1,08 - Hnp_{2021}}{Hodnota_péče_{2019,ost} * 1,06 * BON_{16/7,ost}}\right)\right]\right\}$$

a kde:

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

$$\dot{U}hr_amb_{2019,ost} = \dot{U}hr_amb_{2019} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019}}$$

kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2019,ost} * HB_{i,2021}\} + KP_{2019,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

$PB_{i,2019,ost}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021.

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

$BON_{16/7,ost}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 1,074 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích.

a kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2021,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.10 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2021,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2021,ost} * HB_{i,2021}\} + KP_{2021,ost} \right) * BON_{16/7,ost}$$

kde:

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

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

a kde:

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

a) Pokud $\frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2021,ost} * 1,05}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2021}}{GAUP_{2019}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[\left(\frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2021,ost} * 1,05}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}} - 1 \right); 0,18 \right]} \right) \right]$$

$$\text{b) Pokud } \frac{\text{Hodnota_péče}_{2021,\text{ost}} * 1,05}{\text{Hodnota_péče}_{2019,\text{ost}}} = 1, \text{ potom } IZ_{GAUP} = 1.$$

kde:

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

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

a kde:

Hnp_{2021} je hodnota nedosažené produkce do výše CELK $PU_{drg,2021}$ vypočtená následovně:

$$Hnp_{2021} = \max[0; IPU + 1,07 * OD_{příloha\ 9,10} - CELK\ PU_{drg,2021} - EM_{2021,10}]$$

- 7.15 Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2020.
- 7.16 V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.13 zahraničním pojištěncům nebo 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,35 Kč.
8. 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.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období. V případě vyhlášení nouzového stavu nebo stavu nebezpečí v souvislosti s pandemií COVID-19 nedojde ke změně měsíční předběžné úhrady, která byla dohodnuta pro hodnocené období mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.
10. V rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

C) Regulační omezení

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

1.1 Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze

- a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2021 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

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

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

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

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

CM base	je součet relativních vah nebo úhradových tarifů příslušné DRG base.
DRG base	jsou agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG. Jsou dány prvními 4 znaky z pětičíselného kódu DRG skupiny.
DRG skupina	je skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG.
Statisticky významný počet případů příslušné DRG base	je více než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.
Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base	je méně než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.
CM _{původní}	je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 k této vyhlášce, nebo úhradovým tarifem uvedeným v příloze č. 15 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.
CM _{revidovaný}	je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace nebo Klasifikace CZ-DRG zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 nebo 13 k této vyhlášce, nebo úhradovým tarifem uvedeným v příloze č. 15 k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly.

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

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

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

2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než **105 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky**

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

- 2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech vyžádanou odborností uvedenými v bodě 2.1 písm. c), 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 písm. c) 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 písm. c) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021 a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.
- 2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.
- 2.5 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- 2.6 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3.

Hodnoty navýšení úhrad podle typu ošetřovacího dne

Typ ošetřovacího dne podle seznamu výkonů	Navýšení úhrady
00001	234
00002	234
00003	327
00005	179
00006	144
00010	234
00011	701
00012	234
00015	467
00017	538
00020	216
00021	150
00022	108
00023	233
00024	233
00025	466
00026	188
00027	108
00028	233
00029	233
00030	233
00040	934
00041	934
00042	934
00051	1 869
00052	1 869
00053	1 869
00055	1 869
00057	1 121
00058	934
00061	1 869
00062	1 869
00065	1 869
00068	1 168
00071	1 869
00072	1 869
00075	1 869
00078	1 121
00080	1 121
00082	934
00085	701

**Léčivé přípravky vyjmuté z paušální úhrady, z platby vyčleněné z paušální úhrady,
z úhrady formou případového paušálu z ambulantní složky úhrady**

1. Z platby případovým paušálem, platby vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, z ambulantní složky úhrady jsou vyjmuty:

1.1 Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01
B02BD01
B02BD02
B02BD03
B02BD04
B02BD05
B02BD06
B02BD07
B02BD08
B02BD09
B02BD10
B02BX06
B05AA02

1.2 Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)
Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)
Plná krev deleukotizovaná upravená pro univerzální podání (0007967)

**Případový paušál dle CZ-DRG – Skupiny CZ-DRG podle Klasifikace CZ-DRG
s úhradovými tarify těchto skupin**

Skupiny vztažené k diagnóze v rámci **pneumoonkochirurgické** akutní lůžkové péče v centrech vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče podle zákona o zdravotních službách

CZ-DRG báze	CZ-DRG skupina	Název skupiny	Úhradový tarif případu hospitalizace
04-I02	04-I02-01	Anatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	451 247 Kč
04-I02	04-I02-02	Anatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	288 388 Kč
04-I02	04-I02-03	Anatomická resekce plic provedená thorakoskopicky u pacientů s CC=0-2	210 735 Kč
04-I02	04-I02-04	Anatomická resekce plic provedená otevřeným přístupem u pacientů s CC=0-2	188 788 Kč
04-I03	04-I03-01	Extraanatomická resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	446 014 Kč
04-I03	04-I03-02	Extraanatomická resekce plic u pacientů s CC=3-4	204 572 Kč
04-I03	04-I03-04	Extraanatomická resekce plic pro méně závažnou hlavní diagnózu u pacientů s CC=0-2	121 299 Kč
04-I05	04-I05-01	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic s dalším operačním výkonem v jiný den	460 329 Kč
04-I05	04-I05-02	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=3-4	268 737 Kč
04-I05	04-I05-03	Velký chirurgický výkon v dutině hrudní nebo na hrudníku mimo resekce plic u pacientů s CC=0-2	126 263 Kč

Skupiny vztažené k diagnóze v rámci onkogynekologické akutní lůžkové péče poskytované v centrech vysoce specializované zdravotní péče v **onkogynologii** podle zákona o zdravotních službách

CZ-DRG báze	CZ-DRG skupina	Název skupiny	Úhradový tarif případu hospitalizace
13-I01	13-I01-00	Exenterace pánevních orgánů pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy	383 668 Kč
13-I02	13-I02-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v alespoň 2 lokalizacích	389 513 Kč
13-I02	13-I02-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=4	389 513 Kč
13-I02	13-I02-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=2-3	243 621 Kč

13-I02	13-I02-04	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů pro zhoubný novotvar včetně rozsáhlého resekcčního výkonu na okolních tkáních v právě 1 lokalizaci u pacientek s CC=0-1	211 083 Kč
13-I04	13-I04-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=4	259 160 Kč
13-I04	13-I04-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=2-3	229 888 Kč
13-I04	13-I04-04	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametrií nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-1	134 613 Kč
13-I05	13-I05-01	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	308 840 Kč
13-I05	13-I05-02	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního u pacientek s CC=0-2	130 682Kč
13-I05	13-I05-03	Odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně výkonu na mizních uzlinách pro zhoubný novotvar hrdla děložního u pacientek s CC=0-2	93 908 Kč
13-I06	13-I06-01	Odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=3-4	247 787 Kč
13-I06	13-I06-02	Odstranění vulvy nebo pochvy pro zhoubný novotvar u pacientek s CC=0-2	130 430 Kč
13-I07	13-I07-01	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního	133 934 Kč
13-I07	13-I07-02	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar hrdla děložního	105 474 Kč
13-I07	13-I07-03	Odstranění mizních uzlin pro zhoubný novotvar pochvy nebo vulvy	92 775 Kč
13-I08	13-I08-01	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar ženské reprodukční soustavy u pacientek s CC=3-4	99 178 Kč
13-I08	13-I08-02	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar děložních adnex nebo těla děložního u pacientek s CC=0-2	92 553 Kč
13-I08	13-I08-03	Neradikální výkon pro zhoubný novotvar hrdla děložního nebo pochvy u pacientek s CC=0-2	72 743 Kč

Skupiny vztažené k diagnóze v rámci **onkourologické** akutní lůžkové péče poskytované v centrech vysoce specializované zdravotní péče v **onkourologii** podle zákona o zdravotních službách

CZ DRG baze	CZ DRG skupina	Název skupiny	Úhradový tarif případu hospitalizace
11-I01	11-I01-01	Odstranění močového měchýře s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	438 632
11-I01	11-I01-02	Odstranění močového měchýře u pacientů s CC=0-3	331 222
11-I04	11-I04-01	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mízních uzlin s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	291 987
11-I04	11-I04-02	Odstranění ledviny včetně nadledviny, močovodu nebo mízních uzlin u pacientů s CC=0-3	167 768
11-I05	11-I05-00	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar vylučovací soustavy	194 416
11-I06	11-I06-01	Odstranění nebo resekce močovodu pro závažnou hlavní diagnózu nebo u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-4	158 365
11-I06	11-I06-02	Odstranění nebo resekce močovodu u pacientů s CC=0-1	133 743
11-I07	11-I07-02	Resekce ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	282 613
11-I07	11-I07-03	Resekce ledviny u pacientů s CC=2-3	172 519
11-I07	11-I07-04	Resekce ledviny u pacientů s CC=0-1	112 177
11-I08	11-I08-01	Odstranění ledviny s dalším operačním výkonem v jiný den nebo u pacientů s CC=4	372 605
11-I08	11-I08-02	Odstranění ledviny u dětí do 18 let nebo u pacientů s CC=2-3	179 290
11-I08	11-I08-03	Odstranění ledviny u pacientů s CC=0-1	123 453
11-I09	11-I09-00	Resekce močového měchýře otevřeným přístupem	165 555
11-I10	11-I10-02	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři pro závažnou hlavní diagnózu nebo u pacientů s CC=4	235 536
11-I10	11-I10-03	Rekonstrukční výkon na horních cestách močových nebo močovém měchýři u pacientů s CC=0-3	139 197
11-I11	11-I11-01	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=2-4	165 768
11-I11	11-I11-02	Exploratorní nebo drenážní výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0-1	71 553
11-I15	11-I15-00	Destrukční výkon pro novotvary vylučovací soustavy	49 161
11-I17	11-I17-01	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=3-4	110 306
11-I17	11-I17-02	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=1-2	46 858
11-I17	11-I17-03	Jiný chirurgický výkon pro nemoc vylučovací soustavy u pacientů s CC=0	30 206

CZ DRG baze	CZ DRG skupina	Název skupiny	Úhradový tarif případu hospitalizace
12-I02	12-I02-02	Laparoskopické odstranění prostaty včetně mízních uzlin	197 908
12-I02	12-I02-03	Odstranění prostaty včetně mízních uzlin otevřeným způsobem	130 304
12-I03	12-I03-02	Laparoskopické odstranění prostaty bez mízních uzlin	139 047
12-I03	12-I03-03	Odstranění prostaty bez mízních uzlin otevřeným způsobem pro zhoubný novotvar	126 782
12-I04	12-I04-00	Totální amputace penisu pro onemocnění mužské reprodukční soustavy	143 938
12-I05	12-I05-00	Odstranění mízních uzlin pro zhoubný novotvar mužské reprodukční soustavy	105 894
12-I06	12-I06-00	Parciální amputace penisu	68 088
12-I08	12-I08-01	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=3-4	188 110
12-I08	12-I08-02	Odstranění varlete nebo nadvarlete u pacientů s CC=1-2	62 424
12-I08	12-I08-03	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro onemocnění varlat nebo nadvarlat u pacientů s CC=0	42 012
12-I08	12-I08-04	Odstranění varlete nebo nadvarlete pro zhoubný novotvar prostaty u pacientů s CC=0	34 689
12-I09	12-I09-00	Destrukční výkon pro onemocnění prostaty	77 732
12-I10	12-I10-01	Laparoskopický rekonstrukční výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	67 748
12-I10	12-I10-02	Rekonstrukční výkon otevřeným přístupem nebo exploratorní výkon pro onemocnění varlat nebo testikulárních adnex	34 263
12-I12	12-I12-00	Výkon na močové trubici pro onemocnění prostaty	36 309

Skupiny vztažené k diagnóze v rámci **onkologické** akutní lůžkové péče poskytované v centrech vysoce specializované zdravotní péče v **onkologii** podle zákona o zdravotních službách

CZ DRG baze	CZ DRG skupina	Název skupiny	Úhradový tarif případu hospitalizace
11-I10	11-I10-01	Roboticky asistovaná plastika ledvinné pánvičky	157 200
12-I02	12-I02-01	Roboticky asistované odstranění prostaty včetně mízních uzlin	186 389
12-I03	12-I03-01	Roboticky asistované odstranění prostaty bez mízních uzlin	159 928
13-I04	13-I04-01	Roboticky asistované odstranění vnitřních pohlavních orgánů včetně parametří nebo totální omentektomie pro zhoubný novotvar	157 701
06-I05	06-I05-01	Roboticky asistované odstranění nebo resekce konečníku	250 279
11-I07	11-I07-01	Roboticky asistovaná resekce ledviny	134 591