

## Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2019 ve skupině poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích

Datum konání: 31. května 2018

Účastníci jednání: dle prezenční listiny

Společný návrh účastníků jednání je přílohou č.1.

Účastníci při jednání **došli k dohodě**.

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2019 ve skupině poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných poskytovatele akutní lůžkové péče došlo po jednáních ke shodě účastníků. Společný návrh poskytovatelů, VZP ČR a Svazu zdravotních pojišťoven ČR získal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a souhlas přítomných příslušných profesních sdružení poskytovatelů akutní lůžkové péče.

Nedílnou součástí protokolu je příloha č. 2 - zápis z jednání.


### Hlasování o předloženém návrhu.

Společný návrh poskytovatelů, VZP ČR a SZP ČR na úhradu akutní lůžkové péče (příloha č. 1 tohoto protokolu)


Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	4	PRO:	6
PROTI:	0	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

**Návrh byl přijat.**

### Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:

Jméno koordinátora		Podpis
Ing. Jaroslava Kunová	ANČR	K. Z. 

### Za zdravotní pojišťovnu:

Jméno	Pojišťovna	Podpis
Mgr. Libuše Dřimalová	VZP ČR	
MUDr. Ludmila Plšková	OZP	
MUDr. Petr Šmach	ZPŠ	
MUDr. Renata Knorová, MBA	ČPZP	
MUDr. Jiří Havrlant	RBP	
PharmDr. Ivana Cimalová, MBA	ZPMV ČR	



# POVĚŘENÍ

**Asociace nemocnic ČR, se sídlem Praha 7, Argentinská 286/38, IČ 70837678  
zastoupená**

**Ing. Jaroslavou Kunovou, výkonným předsedou AN ČR**

pověřuje tímto

**JUDr. Josefa Svobodu, nar. 18.7.1953  
tajemníka Asociace nemocnic ČR**

k zastupování Asociace nemocnic ČR na jednání Dohodovacího řízení k hodnotě bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2019, skupiny akutní lůžkové péče, které se uskuteční dne 31.5.2018. Zejména aby v zastoupení AN ČR vykonával veškeré úkony s tím spojené, včetně vyslovení souhlasu se Společným návrhem VZP a Svazu zdravotních pojišťoven ČR, předloženým na tomto jednání.

V Plzni dne 30.5.2018



.....  
Jaroslava Kunová

Zmocnění přijímám.....

JUDr. Josef Svoboda

## Z m o c n ě n í

Já, níže podepsaná Ing. Jaroslava Kunová, nar. 16.11.1949, bytem Farní 431, 332 09 Štěnovice, ustanovený zástupce skupiny poskytovatelů akutní lůžkové péče Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2019,

zmocňuji

pana JUDr. Josefa Svobodu, nar. 18.7.1953, bytem U stanice 592, Praha 6,

aby mne zastupoval ve všech záležitostech, k nimž je oprávněn zástupce skupiny poskytovatelů akutní lůžkové péče Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2019, zejména aby vykonával veškeré úkony, s tím spojené včetně podpisů protokolů o výsledku jednání DŘ skupiny akutní lůžkové péče.

V Plzni dne 30.5.2018

.....  
Ing. Jaroslava Kunová

Zmocnění přijímám:.....

JUDr. Josef Svoboda



V Praze dne 31. května 2018

## POVĚŘENÍ

Pověřuji MUDr. Petra Chudomela, místopředsedu Rady AČMN k jednání a podpisu dohody o principech úhrad zdravotní péče v roce 2019 v souladu s usnesením schváleným Radou AČMN ze dne 31.05.2018.

MUDr. Eduard Sohlich, MBA  
předseda AČMN



**Společný návrh poskytovatelů, VZP ČR a Svazu zdravotních pojišťoven  
ČR**

---

**DŘ na rok 2019**

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

---

§ 1

§ 2

- (1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2017.
- (2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2019.
- (3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2017, poskytovatelem vykázané do 31. března 2018 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2018. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

§ 3 - § x

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

### **Hrazené služby podle § 4 odst. 1**

1. Úhrada poskytovateli v roce 2019 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 2017, poskytovatelem vykázané do 31. března 2018 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2018.
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.
  - 2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 a 2.2.4:
    - 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 2017.

### 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, Podpůrná 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 ovarii, 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.	Ostatní – výše neuvedená onemocnění

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2019} = \sum_{i=a}^n Uhr_{i,2017} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2019}$  je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

$Uhr_{i,2017}$  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:

<b>Diagnostická skupina</b>	<b>Index navýšení úhrady</b>
Dermatologie	1,16
Dýchací soustava 1	1,10
Dýchací soustava 2	1,40
Endokrinologie	1,00
Hematoonkologie	1,00
Imunitní systém	1,04
Infekce	1,25
Metabolické vady	1,05
Neurologie	1,04
Oběhový systém	1,13
Oftalmologie	1,25
Onkologie – solidní nádory	1,02
Osteoporóza	1,00
Revmatologie	1,12
Trávicí soustava	1,19
Cystická fibróza	1,10
Ostatní	1,13

- 2.2.4 Pro léčivý přípravek Spinraza 12 mg (nusinersen) se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2019} = Uhr_{2018} * 1,30$$

kde:

$Uhr_{max,2019}$  je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

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

### 3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu  $CM_{2019,016}$  a  $CM_{2017,016}$  rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2019.

3.2 Pro výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální sazba za ošetřovací 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 2018.

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  $CELK\ PU_{drg,2019}$  podle výrazu:

$$CELK\ PU_{drg,2019} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2019,016,10}}{0,97 * CM_{2017,016,10}} \right\} * IPU * I_{ZP} + OD_{příloha\ 9,10} - EM_{2019,10}$$

kde:

$CM_{2017,016,10}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených relativními vahami 2019 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$EM_{2019,10}$  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 zařazené 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:

$$(i) IPU = PU_{drg,2017,10} * KN_{10}$$

kde:

$PU_{drg,2017,10}$  je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.  $PU_{drg,2017,10}$  se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2017,10} = \max \left\{ CM_{2017,016,10} * ZS_{min,10}; CELK\ PU_{drg,2017} + \sum_{j=1}^n \dot{U}HR_j^{2017} + EM_{2017} \right\}$$

kde:

$CELK\ PU_{drg,2017}$  je celková úhrada formou případového paušálu v referenčním období.

$ZS_{min,10}$  je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 35 500 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 nesplňuje 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 32 500 Kč. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 27 000 Kč.

$EM_{2017}$  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.

$ÚHR_j^{2017}$  celková úhrada poskytovateli za služby zařazené do bazí 0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528 a dalších individuálně smluvně sjednaných bazí v referenčním období, kde  $j = 1$  až  $n$ , kde  $n$  je počet těchto bazí.

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

a kde:

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

$$KN_{10} = 1 + \frac{0,14}{ARCTG\left(\frac{1}{37} * \sqrt{\frac{PU_{drg,2017,10}}{CM_{2017,015,10}} - 24000}\right)}$$

kde:

$ARCTG$  je funkce Arkus tangens

(ii)  $CM_{red,2019,016,10}$  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  $PPR_{drg,2019,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2019}$  nebo pokud  $PPR_{drg,2017,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2017}$ , stanoví se redukováný casemix takto:

$$CM_{red,2019,016,10} = \min \left\{ CM_{2019,016,10}; (CM_{2019,016,10})^{0,2} * \left( X * PP_{drg,2019} * \frac{CM_{2017,016,10}}{PP_{drg,2017}} \right)^{0,8} \right\}$$

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.

$CM_{2019,016,10}$  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 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2019}$  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.

$PP_{drg,2017}$  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:

$$CM_{red,2019,016,10} = CM_{red 1} + CM_{red 2}$$

kde:

$$CM_{red 1} = \min \left\{ CM_{1,2019,016,10}; (CM_{1,2019,016,10})^{0,2} * \left( X * PP_{1,drg,2019} * \frac{CM_{1,2017,016,10}}{PP_{1,drg,2017}} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

$CM_{1,2019,016,10}$  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 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$CM_{1,2017,016,10}$  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 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{1,drg,2019}$  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.

$PP_{1,drg,2017}$  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:

$$CM_{red\ 2} = CM_{2019,016,10,4,5} * \min \left[ 1; \left( 1,05 * \frac{PPR_{drg,2017,4,5}}{PPR_{drg,2019,4,5}} * \frac{PP_{drg,2019}}{PP_{drg,2017}} \right) \right]$$

kde:

$CM_{2019,016,10,4,5}$  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 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PPR_{drg,2019,4,5}$  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.

$PPR_{drg,2017,4,5}$  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.

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

$$I_{ZP} = \max \left[ 1; ARCTG \left( 3 * \frac{CM_{red,2019,016,10}}{CM_{2017,016,10}} - 1,53 \right) * I_{GUP} \right]$$

kde:

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

a) Pokud  $\frac{CM_{red,2019,016,10}}{CM_{2017,016,10}} \neq 1$ , potom:

$$I_{GUP} = \max \left[ 0; \min \left( 1; \frac{\left( \frac{GUP_{2019}}{GUP_{2017}} - 1 \right)}{0,5 * \left( \frac{CM_{red,2019,016,10}}{CM_{2017,016,10}} - 1 \right)} \right) \right]$$

b) Pokud  $\frac{CM_{red,2019,016,10}}{CM_{2017,016,10}} = 1$ , potom  $I_{GUP} = 1$

kde:

$GUP_{2019}$  je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázané 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.

$GUP_{2017}$  je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly 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.

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

$$OD_{příloha\ 9,10} = \min \left( \sum_{i=1}^n PocetOD_{2017,10,i} * NavýšeníOD_i; \frac{\sum_{i=1}^n PocetOD_{2019,10,i} * NavýšeníOD_i}{0,8} \right)$$

kde:

$PocetOD_{2017,10,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu  $i$ , které byly vykázány v referenčním období v rámci případů hospitalizace 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.

$PocetOD_{2019,10,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu  $i$ , které byly vykázány v hodnoceném období v rámci případů hospitalizace 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.

#### 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  $CM_{2019,016,13}$ ,  $CM_{2019,016,13,trans}$  a  $CM_{2017,016,13}$  rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2019.
- 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 2018.
- 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 a 0002 se stanoví úhrada ve výši:

$$KN_{13} * CM_{2019,016,13} * \max\{ZS_{2017,13}; ZS_{min,13}\} + OD_{příloha\ 9,13} - EM_{2019,13}$$

kde:

$CM_{2019,016,13}$  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 a 0002, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$EM_{2019,13}$  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 a 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 27 000 Kč.

$IZS_{2017,13}$  je individuální základní sazba vypočtená takto:  $\frac{U_{drg,2017,13}}{CM_{2017,016,13}}$ ,

kde:

$U_{drg,2017,13}$  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 a 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.

$CM_{2017,016,13}$  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 a 0002, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

kde:

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

$$KN_{13} = 1 + \frac{0,14}{ARCTG\left(\frac{\sqrt{\max(ZS_{min,13}; IZS_{2017,13}) - 24000}}{37}\right)}$$

a kde:

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

$$OD_{\text{příloha 9,13}} = \min \left( \sum_{i=1}^n \text{PocetOD}_{2017,13,i} * \text{NavýšeníOD}_i; \frac{\sum_{i=1}^n \text{PocetOD}_{2019,13,i} * \text{NavýšeníOD}_i}{0,8} \right)$$

a kde:

$\text{PocetOD}_{2017,13,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu  $i$ , které byly vykázané v referenčním období v rámci případů hospitalizace zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, kde  $i$  nabývá hodnot 1 až  $n$  a označuje typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.

$\text{PocetOD}_{2019,13,i}$  je počet vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů ošetrovacího dne typu  $i$ , které byly vykázané v hodnoceném období v rámci případů hospitalizace zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, 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 a 0002 se stanoví úhrada ve výši:

$$CM_{2019,016,13,trans} * ZS_{2019,trans} - EM_{2019,13,trans}$$

kde:

$CM_{2019,016,13,trans}$  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, a které jsou zároveň podle Klasifikace zařazeny do bazí 0001 a 0002, vynásobených relativními váhami 2019, které jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce.

$EM_{2019,13,trans}$  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 zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce, a které jsou zároveň podle Klasifikace zařazeny do bazí 0001 a 0002, oceněná Hodnotami Bodu (HB) platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{2019,trans}$  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.

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 případů hospitalizací pojištěnců 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 regulačních omezení uvedených v části D a E přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
- 6.2. Pro specializovanou ambulantní péči, 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 výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 1 písmeno h) a podle bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce, která se pro specializovanou ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 905, 919 a 927 nepoužijí.
- 6.3. Pro hrazené služby poskytované 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 výpočtu celkové úhrady podle bodů 3 a 4 přílohy č. 5 k této vyhlášce, které se pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů nepoužijí.
- 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 výpočtu celkové úhrady podle části A bodu 2 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 a 925 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 bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů nepoužije.
- 6.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů nepoužije.
- 6.7. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 písm. a) a b) přílohy č. 8 k této vyhlášce.

- 6.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle § 8.
- 6.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby, s výjimkou výkonu č. 09563 podle seznamu výkonů, se hradí podle § 14.
- 6.10. 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.
- 6.11. Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 - mamografický screening, výkony screeningu děložního hrdla, výkon č. 88101 a výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč.
- 6.12. Výkon č. 09566 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

6.13. Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 6.1. až 6.9. se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_{amb2018} = \max \left\{ \dot{U}hr_{amb2019,kompl} + \dot{U}hr_{amb2019,ost}; \min \left[ 1; \frac{Hodnota_{p\acute{e}\check{c}e_{2019}}}{Hodnota_{p\acute{e}\check{c}e_{2017}} \right] * \dot{U}hr_{amb2017} * 1,112; \min \left[ \dot{U}hr_{amb2017} * 1,112; Hodnota_{p\acute{e}\check{c}e_{2019}} \right] \right\}$$

kde:

$Hodnota_{p\acute{e}\check{c}e_{2017}}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1. až 6.9. v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_{p\acute{e}\check{c}e_{2017}} = \sum_{i=1}^m \{ PB_{i,2017} * (HB_{i,2019} + BON_{16/7}) \} + KP_{2017}$$

kde:

$PB_{i,2017}$  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 6.9. a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2019.

$HB_{i,2019}$  je hodnota bodu příslušící k danému výkonu  $i$  ve výši hodnoty bodu podle § 8 a 14 podle přílohy č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde  $i=1$  až  $m$ , kde  $m$  je počet výkonů podle bodů 6.1. až 6.9.

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

$KP_{2017}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1. až 6.9., včetně úhrady za metody uvedené v bodě 2 písm. c) přílohy č. 5 k vyhlášce č. 348/2016 Sb.

a kde:

$Hodnota_{p\acute{e}\check{c}e_{2019}}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1. až 6.9. v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2019} = \sum_{i=1}^m \{PB_{i,2019} * (HB_{i,2019} + BON_{16/7})\} + KP_{2019}$$

kde:

$PB_{i,2019}$  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 6.9.

$KP_{2019}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1. až 6.9.

a kde:

$Úhr\_amb_{2017}$  je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1. až 6.9., 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.

$Úhr\_amb_{2019,kompl}$  je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 6.3., která se stanoví ve výši:

kde:

$$\begin{aligned} Úhr\_amb_{2019,kompl} &= \max \left\{ \min [Úhr\_amb_{2017,kompl} * 1,112; Hodnota\_péče_{2019,kompl}]; \min \left[ 1; \frac{Hodnota\_péče_{2019,kompl}}{Hodnota\_péče_{2017,kompl}} \right] \right. \\ &\quad \left. * Úhr\_amb_{2017,kompl} * 1,112 \right\} \end{aligned}$$

$Úhr\_amb_{2017,kompl}$  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:

$$Úhr\_amb_{2017,kompl} = Úhr\_amb_{2017} * \frac{Hodnota\_péče_{2017,kompl}}{Hodnota\_péče_{2017}}$$

kde:

$Hodnota\_péče_{2017,kompl}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 6.3. v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2017,kompl} = \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2017,kompl} * (HB_{i,2019} + BON_{16/7})\} + KP_{2017,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2017,kompl}$  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 2019.

$KP_{2017,kompl}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.3., včetně úhrady za metody uvedené v bodě 2 písm. c) přílohy č. 5 k vyhlášce č. 348/2016 Sb.

a kde:

$Hodnota\_péče_{2019,kompl}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 6.3. v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2019,kompl} = \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2019,kompl} * (HB_{i,2019} + BON_{16/7})\} + KP_{2019,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2019,kompl}$  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.

$KP_{2019,kompl}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 6.3.

a kde:

$Úhr\_amb_{2019,ost}$  je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.9., která se stanoví ve výši:

$$Úhr\_amb_{2019,ost} = \max \left\{ \min \left[ Úhr\_amb_{2017,ost} * 1,112 + Hnp_{2019}; Hodnota\_péče_{2019,ost} \right]; \min \left[ 1; \frac{Hodnota\_péče_{2019,ost}}{Hodnota\_péče_{2017,ost}} \right] * I_{zp\_amb} * Úhr\_amb_{2017,ost} * 1,112 \right\}$$

kde:

$I_{zp\_amb}$  je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp\_amb} = 1 + I_{zp1\_amb} + I_{zp2\_amb}$$

kde:

$$I_{zp1\_amb} = \max \left[ 0; \min \left( \frac{Hodnota\_péče_{2019,ost} - Hodnota\_péče_{2017,ost}}{Hodnota\_péče_{2017,ost} * 1,112}; \frac{Hnp_{2019}}{Úhr\_amb_{2017,ost} * 1,112} \right) \right]$$

$$I_{zp2\_amb} = \max \left\{ 0; 0,75 * \min \left[ \frac{Hodnota\_péče_{2019,ost}}{Hodnota\_péče_{2017,ost}} - \max \left( 1,03; 1 + \frac{Hnp_{2019}}{Úhr\_amb_{2017,ost}} \right); 0,1 \right] * IZ_{GAUP} \right\}$$

a kde:

$Úhr\_amb_{2017,ost}$  je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.9., 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:

$$\dot{U}hr\_amb_{2017,ost} = \dot{U}hr\_amb_{2017} * \frac{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2017,ost}}{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2017}}$$

kde:

$Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2017,ost}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.9., v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2017,ost} = \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2017,ost} * (HB_{i,2019} + BON_{16/7})\} + KP_{2017,ost}$$

kde:

$PB_{i,2017,ost}$  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 6.9. a těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2019.

$KP_{2017,ost}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.9.

a kde:

$Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 6.1., 6.2. a 6.4. až 6.9., v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

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

kde:

$PB_{i,2019,ost}$  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 6.9.

$KP_{2019,ost}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 6.1. 6.2. a 6.4. až 6.9.

a kde:

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

a) Pokud  $\frac{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}}{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2017,ost}} \neq 1$ , potom:

$$IZ_{GAUP} = \max \left[ 0; \min \left( 1; \frac{\left( \frac{GAUP_{2019}}{GAUP_{2017}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[ \left( \frac{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}}{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2017,ost}} - 1 \right); 0,10 \right]} \right) \right]$$

b) Pokud  $\frac{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2019,ost}}{Hodnota\_p\acute{e}\check{c}e_{2017,ost}} = 1$ , potom  $IZ_{GAUP} = 1$ .

kde:

$GAUP_{2019}$  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 6.9.

GAUP<sub>2017</sub> 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 6.9.

a kde:

Hnp<sub>2019</sub> je hodnota nedosažené produkce do výše CELK PU<sub>drg,2019</sub> vypočtená následovně:

$$Hnp_{2019} = \max[0; IPU + OD_{\text{příloha 9,10}} - CELK PU_{\text{drg,2019}} - EM_{2019,10}]$$

6.14. 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 2018.

6.15. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 6.1. až 6.12. 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 111,2 % objemu úhrady za referenční období včetně úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třisměnném 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 2019 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
- na případy v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal 10 či méně než 10 případů, nebo
  - maximálně na X případů v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal více než 10 případů a na niž 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  $CM_{2019,016,10}$ ,  $CM_{1,2019,016,10}$ ,  $CM_{2019,016,10,4,5}$  případně  $CM_{2019,016,13}$  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 pětičíslného 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.



- $CM_{\text{přívodní}}$  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 2019 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 6.9 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 vykázan 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 2019 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/2018 Sb. (akutní lůžková péče)

Typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů:

Typ ošetrovacího dne	Celkové navýšení za typ OD 2019
00001	234
00002	234
00003	327
00006	144
00010	234
00011	701
00012	234
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

## Příloha č. 10 k vyhlášce číslo xx/2018 Sb.

Úhrada formou případového paušálu

V rozsahu vyhlášky č. 353/2017 Sb.

**Příloha č. 11 k vyhlášce číslo xx/2018 Sb.**

Výše úhrad hrazených služeb podle § 8 odst. 2

**Příloha č. 12 k vyhlášce číslo xx/2018 Sb.**

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

V rozsahu vyhlášky č. 353/2017 Sb.

**Příloha č. 13 k vyhlášce číslo xx/2018 Sb.**

Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

V rozsahu vyhlášky č. 353/2017 Sb.

**Příloha č. 14 k vyhlášce číslo xx/2018 Sb.**


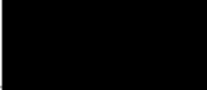
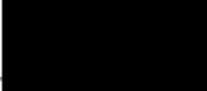
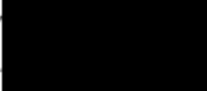
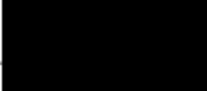
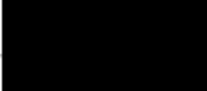

Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese

V rozsahu vyhlášky č. 353/2017 Sb.


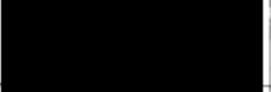
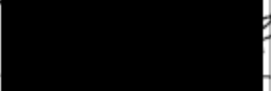
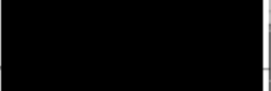
## Prezenční listina

Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2019 ze dne 31.5.2018 – akutní lůžková péče

Za zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovna	Jméno	Podpis
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	LIBUŠE DRÍMALOVÁ	
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	RENATA KNOROVÁ	
Oborová zdravotní pojišťovna zam. bank, pojišťoven a stavebnictví	HEDVICA PLŮKOVÁ	
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	JIŘÍ HAVRZLAN	
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky		
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	Petr ŠTACH	
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky	MARIE CÍTKOVÁ	

Za poskytovatele akutní lůžkové péče :

Organizace	Jméno	Podpis
Asociace nemocnic ČR	ing. Kunová J.	
Asociace českých a moravských nemocnic	PETR CHUDOMEL	
Sdružení soukromých nemocnic ČR	DRVOŠTA V.	
Aprimed zájmové sdružení NZZ		
Asociace krajských nemocnic	JAN MLEČEK	