

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

A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2014 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2012, poskytovatelem vykázané do 31. května 2013 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. září 2013. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané do 31. března 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2015.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1. Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do bazí 0501, 0507, 0516, a 0511 uvedených v příloze č. 9 k této vyhlášce (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako hrazené služby zařazené podle Klasifikace⁴⁾ do vyjmenovaných bazí, nezapočítávají do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. dubna 2014, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $ÚHR_{ZZ}^{ho}$ vypočtené takto:

$$ÚHR_{ZZ}^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,ZZ}^{ho} * \frac{ÚHR_{i,ZZ}^{2013}}{PP_{i,ZZ}^{2013}} \right\}; 0,75 * \sum_{i=1}^n ÚHR_{i,ZZ}^{2013} \right)$$

kde

$ÚHR_{ZZ}^{ho}$ Maximální úhrada poskytovateli v hodnoceném období.

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

$ÚHR_{i,ZZ}^{2013}$ Celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v roce 2013, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

$PP_{i,ZZ}^{2013}$ Počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v roce 2013 kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č. 370/2013 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

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

Celková poskytnutá výše úhrady za všechny vyjmenované baze poskytnutá zdravotní pojišťovnou všem poskytovatelům v souhrnu činí nejméně 85% úhrady vyjmenovaných bazí v roce 2013.

$$\sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{ho} \geq 0,85 * \sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{2013}$$

kde

$\dot{U}HR_{i,zz}^{2013}$ Celková úhrada zdravotní pojišťovny všem poskytovatelům v součtu za vyjmenovanou bazi i v roce 2013, kde $i = 1$ až n , kde n je celkový počet vyjmenovaných bazí. Dolní index zz označuje poskytovatele dané zdravotní pojišťovny, $zz = 1$ až q , kde q je celkový počet poskytovatelů dané zdravotní pojišťovny.

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, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1, 2.2.2 a 2.2.3:

2.2.1 Pro onemocnění:

- a) Fabryho choroba,
- b) Gaucherova choroba,
- c) Niemen-Pickova choroba,
- d) Mukopolysacharidóza I,
- e) Mukopolysacharidóza II,
- f) Mukopolysacharidóza VI,
- g) Pompeho choroba,
- h) Hyperamonemie u dětí s dědičnou poruchou metabolismu urey a glutaminu a
- i) Dědičná tyrozinemie typu I

se stanoví maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013, během nichž byla léčba poskytována. Maximální úhrada na unikátního pojištěnce se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}}$$

kde:

i	nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění
Uhr_{max}	je maximální úhrada v roce 2014 na jednoho unikátního pojištěnce pro onemocnění i
$Uhr_{i,2013}$	je celková úhrada v roce 2013 za léčbu onemocnění i
$M_{i,2013}$	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pojištěnci s tímto onemocněním v roce 2013.

2.2.2 Pro onemocnění:

- a) revmatoidní artritida,
- b) Bechtěrevova choroba,
- c) psoriatická artritida,
- d) Crohnova choroba,
- e) colitis ulcerosa,
- f) psoriáza těžká,
- g) roztroušená skleróza,
- h) plicní arteriální hypertenze,
- i) astma,
- j) Parkinsonova choroba a
- k) juvenilní artritida

se stanoví maximální úhrada ve výši 98 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2013. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} * 1,08 \right)$$

i	nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění
Uhr_{max}	je maximální úhrada v roce 2014
$Uhr_{i,2013}$	je celková úhrada v roce 2013 za léčbu onemocnění i
$M_{i,2013}$	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2013

$UOP_{i,2013}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2013 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až k).

2.2.3 Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 a 2.2.2 se stanoví maximální úhrada ve výši 98 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2013, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 102 % počtu unikátních pojištěnců, kterým byl v roce 2013 léčivý přípravek na některé z onemocnění neuvedených v bodě 2.2.1 nebo v bodě 2.2.2 podán. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} * 1,02 \right)$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet onemocnění spadajících do bodu 2.2.3

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2014

$Uhr_{i,2013}$ je celková úhrada v roce 2013 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2013}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2013

$UOP_{i,2013}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2013 na příslušné onemocnění spadající do bodu 2.2.3.

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

2.2.5 Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.2.1 až 2.2.3 se započítávají i léčivé přípravky předepsané v referenčním období na recept v případě, že v hodnoceném období jsou tyto léčivé přípravky vykazovány jako zvlášť účtované léčivé přípravky a současně pokud v hodnoceném období dále splňují podmínky pro léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle vyhlášky č. 376/2011 Sb.

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{dr,gi,2012}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2012 a případy hospitalizací při výpočtu $CM_{dr,g,2012}$ se rozumí případy hospitalizací přepočtené

pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2014.

3.2 Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 14 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2013.

3.3 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče, která souvisí 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.

3.4 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se až do výše CELK $PU_{drg,2014}$ podle výrazu (i), kdy individuální paušální úhrada (IPU) je poměrně snížena, nedojde-li k dosažení alespoň 97 % produkce referenčního období ($CM_{drg,2012}$) vážené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p), a od poměrně snížené individuální paušální úhrady je odečtena úhrada za vyžádanou extramurální péči (EM_{2014}).

Individuální paušální úhrada (IPU) se vypočte podle výrazu (ii) jako referenční produkce ($KS_CM_{p,2012}$) vážená koeficienty specializace zdravotních služeb podle výrazu (iii), násobená technickou základní sazbou (TZS) a koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p). Takto vypočtená paušální úhrada neklesne pod 97 % úhrady referenčního období ($PU_{drg,2012}$) násobené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p) a zároveň nepřekročí 150 % úhrady referenčního roku ($PU_{drg,2012}$) násobené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p).

Objem produkce hodnoceného období (CM_{red}) se stanoví podle výrazu (iv) tak, že do výše 105 % průměrné referenční produkce na případ $\left(\frac{CM_{drg,2012}}{PP_{drg,2012}}\right)$ násobené počtem případů v hodnoceném období ($PP_{drg,2014}$) je brána plná hodnota ($CM_{drg,2014}$) a nad tuto hranici je objem produkce poměrně snížen v závislosti na výši nedosažení potřebného počtu případů ($PP_{drg,2014}$).

Výpočet všech výše uvedených složek úhrady se provede takto:

$$(i) \text{ CELK } PU_{drg,2014} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red}}{0,97 * Kp_p * CM_{drg,2012}} \right\} * IPU - EM_{2014},$$

kde:

IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(ii) \quad IPU = \min \left\{ 1,5 * Kp_p * PU_{drg,2012}; \max \left\{ 0,97 * Kp_p * PU_{drg,2012}; KS_CM_{p,2012} * TZS * Kp_p - Úhr_{14} \right\} \right\},$$

kde:

$$(iii) \quad KS_CM_{p,2012} = \sum_{i=1}^n KS_{p,i} * CM_{drgi,2012}$$

- $CM_{drgi,2012}$ 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. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy těchto skupin stanovenými právním předpisem upravujícím hodnoty bodu a výši úhrad pro rok 2012 (dále jen „indexy 2012“), kde i nabývá hodnot 1 až n a kde n je celkový počet skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- $KS_{p,i}$ koeficient specializace jednotlivých skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.
- Kp_p koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2012, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady na akutní lůžkovou péči v referenčním období; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2013 ke sloučení dvou či více zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady na akutní lůžkovou péči příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2012 a 1. lednem 2014, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 12 k této vyhlášce; koeficient je stanoven na hodnotu 1 v případě, kdy počet pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji k 1. 1. 2014 je nižší nebo roven 0,5 % celkového počtu pojištěnců v kraji.
- $PU_{drg,2012}$ 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. 10 k této vyhlášce, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky a snížené o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. 14 k této vyhlášce.
- $Úhr_{14}$ je úhrada za léčivé přípravky uvedené v příloze č. 14 k této vyhlášce v referenčním období
- TZS je technická základní sazba stanovená na 22 000 Kč.
- EM_{2014} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, oceněná

hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

a kde:

$$(iv) CM_{red} = \min \left\{ CM_{drg,2014}; (CM_{drg,2014})^{0,2} * \left(1,05 * PP_{drg,2014} * \frac{CM_{drg,2012}}{PP_{drg,2012}} \right)^{0,8} \right\},$$

a kde:

$CM_{drg,2014}$ 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, vynásobený indexy 2014.

$PP_{drg,2014}$ 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.

$CM_{drg,2012}$ 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. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2014.

$PP_{drg,2012}$ 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.

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

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

4. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.
5. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 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.

- 5.1. 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.
- 5.2. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužijí.
- 5.3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.
- 5.4. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.
- 5.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.
- 5.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazených podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.
- 5.7. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.
- 5.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8.
- 5.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14.
- 5.10. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 5.1 až 5.9 se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_{amb_{max}} = \dot{U}hr_{amb_{2012}} * 1,05 * Kp_p$$

kde:

$\dot{U}hr_{amb_{max}}$ je maximální možná celková úhrada poskytovateli za hrazené služby, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 14 k této vyhlášce, poskytnuté v hodnoceném období podle odstavců 5.1 až 5.9.

$\dot{U}hr_{amb_{2012}}$ se vypočte jako součet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle odstavců 5.1 až 5.9 vynásobených hodnotami bodu platnými v hodnoceném období a úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období 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. 14 k této vyhlášce.

Kp_p je koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2012, přičemž jednotliví pojištěnci jsou váženi jejich náklady na ambulantní péči v referenčním období; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2013 ke sloučení dvou či více zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců váženého náklady na ambulantní péči příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2012 a 1. lednem 2014, přičemž tyto koeficienty změny váženého počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 13 k této vyhlášce; koeficient je stanoven na hodnotu 1 v případě, kdy počet pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji k 1. 1. 2014 je nižší nebo roven 0,5 % celkového počtu pojištěnců v kraji.

- 5.11. Pro nasmlouvaný výkon 09563 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a pro nasmlouvaný výkon 88101 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Výkony uvedené ve větě první zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 5.1 až 5.10.
6. 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.
7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli vypočtená z údajů o poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených službách poskytnutých v referenčním období při použití výše úhrady a regulačních omezení stanovených touto vyhláškou, včetně koeficientu přechodu pojištěnců KP_p podle příloh č. 12 a 13 k této vyhlášce, a to ve výši jedné dvanáctiny. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb dohodnuté podle bodu 6, 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.

B) Hrazené služby podle § 4 odst. 2

1. Paušální sazba za jeden den hospitalizace s výjimkou zvláštní lůžkové péče

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou paušální sazby za ošetrovací den 00026, 00027, 00028 a 00029 podle seznamu výkonů, se stanoví ve výši 105 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející poskytovateli v referenčním období.

- c) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období za ošetřovací den 00026 se stanoví ve výši 130 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející poskytovateli v referenčním období a výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období za ošetřovací dny 00027, 00028 a 00029 se stanoví ve výši 115 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející poskytovateli v referenčním období.
- d) 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.

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

- a) Pro ambulantní péči hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu (HB) stanoví ve výši 0,95 Kč.
- b) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví výsledná hodnota bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady a fixní složky úhrady:

$$HB_{red} = FS + VS$$

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých zdravotních výkonů

FS je fixní složka úhrady podle písmene c)

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right) \left(\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}} \right) \right\}$$

kde:

HB hodnota bodu podle písmene c)

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období

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

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513

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

- c) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,90 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč.
- d) Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{ho}).

3. Zvláštní lůžková péče

Pro zvláštní lůžkovou péči poskytovanou ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu podle § 22a zákona hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu

1.1. Regulační omezení uvedená v bodě 1.2 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v těchto případech:

- a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2014 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období a
- 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. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný CM takto:

- a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

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 součet relativních vah příslušné DRG baze

DRG baze agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾. Jsou dány prvními 4 znaky z pětičíslného kódu DRG skupiny.

DRG skupina skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace⁴⁾

Relativní váha index 2014

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze

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

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

$CM_{\text{původní}}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou

$CM_{\text{revidovaný}}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace⁴⁾ zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 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 za služby poskytnuté podle části A odstavce 5.2. se na poskytovatele aplikují souhrnně za všechny odbornosti.

- 2.2 Regulační omezení uvedená v bodech 2.3 a 2.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2014 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
- (i) Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - (ii) Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem.
- 2.3 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.
- 2.4 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2014 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
- 2.5 Regulační omezení podle bodů 2.3 a 2.4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.3 a 2.4.
- 2.6 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.3 a 2.4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

2.7 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodech 2.3 a 2.4.