

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

### A) Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2013 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“). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2011, poskytovatelem vykázané do 30. května 2012 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. září 2012. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2013, poskytovatelem vykázané do 31. března 2014 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2014.

### 2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů<sup>4)</sup> (dále jen „Klasifikace“) do skupin vztahených k diagnóze:

- a) 08021, 08022, 08023, 08041, 08042, 08043, 08181, 08182, 08183,
- b) 05011, 05012, 05013, 05070, 05161, 05162, 05163, 05111, 05112, 05113,
- c) 02041, 02042, 02043,
- d) 01051, 01052, 01053,
- e) 05191, 05192, 05193,
- f) 06061, 06062, 06063,
- g) 07041, 07042, 07043,
- h) 08191, 08192, 08193,
- i) 13091, 13092, 13093,

uvedených v příloze č. 9 (dále jen „vyjmenované skupiny“) zdravotní pojišťovna smluvně dohodne s poskytovatelem. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnou, 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 Klasifikace<sup>4)</sup> do vyjmenovaných skupin, 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 2013, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu, která se vypočte jako součet celkových úhrad pro vyjmenované skupiny. Celková úhrada pro každou vyjmenovanou skupinu se vypočte jako součin alespoň 50 % počtu případů léčených v referenčním období ve vyjmenované skupině, pokud je alespoň tento počet případů násobený koeficientem  $KP_p$  léčen v hodnoceném období, a průměrné úhrady za případ léčený ve vyjmenované skupině v roce 2012.

<sup>4)</sup> Sdělení ČSÚ č. 427/2012 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

Celková poskytnutá výše úhrady pro každou vyjmenovanou skupinu poskytnuté zdravotní pojišťovnou všem poskytovatelům v souhrnu činí nejméně 85% úhrady počtu případů příslušné vyjmenované skupiny v referenčním období.

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“) se stanoví dle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku, maximálně však ve výši:

2.2.1 100% dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2012, během nichž byla léčba poskytována, vynásobeného počtem unikátních pojištěnců léčených v roce 2012 na 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,
- i) Dědičná tyrozinemie typu I.

2.2.2 98% úhrady náležející poskytovateli za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům léčeným na onemocnění neuvedená v bodě 2.2.1; tato úhrada se vypočte jako součin průměrných nákladů na jednotlivé onemocnění na jeden měsíc léčby jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtených z těch měsíců referenčního období, během nichž byla léčba poskytována, a počtu měsíců, po které byla léčba poskytována v hodnoceném období. Celková úhrada vztahená k jednotlivému onemocnění se vypočte násobkem úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené podle věty první a počtem unikátních pojištěnců, kterým byl poskytnut uvedený léčivý přípravek v rámci léčby daného onemocnění v hodnoceném období. Nejvyšší možná celková úhrada za hodnocené období se vypočítá jako násobek úhrady stanovené podle věty první a:

- a) 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených k 31. prosinci 2012, kterým byl v rámci léčby příslušné diagnózy poskytnut léčivý přípravek na léčbu onemocnění: revmatologie, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, těžká psoriáza, roztroušená skleróza, plicní hypertenze.
- b) 102 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2012, kterým byl v rámci léčby příslušné diagnózy poskytnut léčivý přípravek na léčbu onemocnění neuvedeného v bodě 2.2.1 a písmenu a).

2.2.3 V případě, že je průměrný náklad poskytovatele na léčivé přípravky poskytnuté jednomu unikátnímu pojištěnci na léčbu příslušného onemocnění za referenční období vyšší než stanovený celostátní průměrný náklad na léčivé přípravky poskytnuté jednomu unikátnímu pojištěnci na léčbu příslušného onemocnění za referenční období, pak se úhrada v hodnoceném období sníží na hodnotu

stanoveného celostátního průměrného nákladu zdravotní pojišťovny na léčivé přípravky poskytnuté unikátnímu pojištěnci na léčbu příslušného onemocnění v roce 2012. Podle věty první se postupuje v případě, že zdravotní pojišťovna do 30. dubna zveřejní údaj o celostátním průměrném nákladu na léčivé přípravky poskytnuté jednomu unikátnímu pojištěnci na léčbu příslušného onemocnění v roce 2012 a zároveň jej předá poskytovateli.

2.2.4 Úhrada za léčivé přípravky poskytnuté pojištěncům na léčbu nově zahájenou v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1. až 2.2.3 se uhradí pouze po předchozím dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Bez předchozí dohody mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem je možná úhrada služeb uvedených ve větě první pouze v případě, že se využije úhrada již poskytnutá jako úhrada za léčivé přípravky poskytnuté na léčbu jiného příslušného onemocnění.

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“.

### 3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Úhrada formou případového paušálu ( $PU_{drg2013}$ ) zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se až do výše  $CELK\ PU_{drg2013}$  takto:

$$PU_{drg2013} = CM_{red} * ZS_{2013}$$

kde:

$CM_{red}$  redukováná výše  $CM_{alfa2013}$ , která se stanoví podle následujících podmínek:

$$CM_{red} = \min \left\{ CM_{alfa2011} * 0,95 * Kp_p; CM_{alfa2013}; (CM_{alfa2013})^\alpha * \left( 1,05 * PP_{alfa2013} * \frac{CM_{alfa2011}}{PP_{alfa2011}} \right)^{(1-\alpha)} \right\}$$

kde:

min funkce minimum, která přiřadí  $CM_{red}$  právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejnižší

$\alpha$  koeficient, který se stanoví na 0,2

$CM_{alfa2013}$  počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze,

vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce (dále jen „indexy 2013“)

$CM_{\alpha 2011}$  počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a vynásobených indexy těchto skupin stanovenými právním předpisem upravujícím hodnoty bodu a výši úhrad pro rok 2011 (dále jen „indexy 2011“)

$PP_{\alpha 2013}$  počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2013, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

$PP_{\alpha 2011}$  počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací ukončených v roce 2011, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce

$K_p$  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 2011 a 1. lednem 2013; pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2012 ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, jde o koeficient změny podílu počtu pojištěnců všech sloučených zdravotních pojišťoven

Nedohodne-li se poskytovatel a zdravotní pojišťovna jinak, tento koeficient se stanoví jako index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji poskytování hrazených služeb mezi 1. lednem 2011 a 1. lednem 2013, přičemž tyto koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. 14 k této vyhlášce

$ZS_{2013}$  základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se vypočte takto:

a)

$$ZS_{2013} = \left\{ (1 - K_p) * \left( 0,8 * IZS_{2011} + 0,2 * \frac{\sum_{i=1}^n IZS_{i,2011} * CM_{i,\alpha 2011}}{\sum_{i=1}^n CM_{i,\alpha 2011}} \right) + (K_p * TZS) \right\}$$

kde:

n počet pojišťoven  
i zdravotní pojišťovna

$IZS_{2011}$  referenční individuální základní sazba, která se vypočte takto:

$$IZS_{2011} = \frac{U_{all2011}}{CM_{all2011}}$$

kde:

$U_{all2011}$  celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací v referenčním období, včetně zohlednění změny objemu mimořádně nákladné péče, navýšení  $NÚ_{2011}$ , navýšení  $NL_{2011}$  a vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

kde:

$NÚ_{2011}$  Navýšení úhrady stanovené podle přílohy č. 1 části D vyhlášky č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011

$NL_{2011}$  Navýšení úhrady stanovené podle přílohy č. 1 části E vyhlášky č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011, ve znění vyhlášky č. 46/2011 Sb.

$CM_{all2011}$  počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v přílohách č. 9, 10, 11 a 12 k této vyhlášce a vynásobených indexy 2011

$Kp$  přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,30

$TZS$  technická (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 29 500 Kč

b) Pokud se zdravotní pojišťovna a poskytovatel do 30. června 2013 nedohodnou na výpočtu uvedeném v písmenu a), vypočte se základní sazba takto:

$$ZS_{2013} = [IZS_{2011} * (1 - Kp) + (TZS * Kp)]$$

kde:

Kp      přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,50

TZS     technická (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 29 500 Kč

Celková výše úhrady  $PU_{drg2013}$ , CELK  $PU_{drg2013}$ , se vypočte takto:

$$CELK\ PU_{drg2013} = \max\{\min[1,07 * CM_{red} * IZS_{2011}; CM_{red} * ZS_{2013}]; 1,02 * CM_{red} * IZS_{2011}\}$$

kde:

max     funkce maximum, která přiřadí nezávislé proměnné právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejvyšší

min     funkce minimum, která přiřadí nezávislé proměnné právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejnižší

3.2 Případy hospitalizací se při výpočtu  $CM_{alfa2011}$  a  $CM_{all2011}$  rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2011.

3.3 Úhradu léčivých přípravků vyjmutých z platby případovým paušálem a uvedených v příloze 15 k této vyhlášce poskytne zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši vykázané ceny použitého léčivého přípravku v referenčním období.

#### 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 přílohách č. 11 a 12 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů.

4.2. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 11 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví hodnota bodu ve výši  $ICB_{ref} * 1,05$  do limitu ( $LIM\ PU_{gammadr2013}$ ) vypočteného takto:

$$LIM\ PU_{gammadr2013} = [(V_{gammadr2011} * ICB_{ref}) + ZUM_{gammadr2011} + ZULP_{gammadr2011} + LP_{gammadr2011} + KP_{gammadr2011}] * 1,05 * Kp_p$$

kde:

$V_{\text{gammadr}g2011}$  celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony provedené během hospitalizací, za referenční období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce. Počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013

$ICB_{\text{ref}}$  vypočtená individuální cena bodu poskytovatele, která se stanoví jako podíl  $U_{\text{ref}}/B_{\text{ref}}$

kde:

$U_{\text{ref}}$  celková úhrada náležející poskytovateli za veškeré hrazené služby poskytnuté v referenčním období, včetně včetně navýšení  $NÚ_{2011}$ , navýšení  $NL_{2011}$ , zohlednění změny objemu mimořádně nákladné péče a vypořádání všech regulačních opatření a realizovaných navýšení úhrady, s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, snížená o úhradu za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, poskytnuté v referenčním období, vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané v souvislosti s péčí o pacienty, o paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a dále o ostatní hrazené služby v korunách českých ( $KP_{\text{ref}}$ ).

kde:

$NÚ_{2011}$  Navýšení úhrady stanovené podle přílohy č. 1 části D vyhlášky č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011

$NL_{2011}$  Navýšení úhrady stanovené podle přílohy č. 1 části E vyhlášky č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011, ve znění vyhlášky č. 46/2011 Sb.

$B_{\text{ref}}$  celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013, za zdravotní služby poskytnuté v referenčním období.

$ZUM_{\text{gammadr}g2011}$  celková výše úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

ZULP<sub>gammadr2011</sub> celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvláště účtované léčivé přípravky poskytnuté v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

LP<sub>gammadr2011</sub> paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetřovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za referenční období, vztaženým k hospitalizacím v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č.11 k této vyhlášce.

KP<sub>gammadr2011</sub> celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

4.3 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 11 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období nad vypočtený limit ( $LIM_{PU_{gammadr2013}}$ ), se stanoví hodnota bodu ve výši  $(ICB_{ref} * 1,07) * 0,5$ . Výše úhrady za zvláště účtovaný materiál, zvláště účtované léčivé přípravky, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona a za ostatní hrazené služby hrazené v korunách českých, se vypočte nad limit stanovený v bodě 4.2 takto:

$$(ZUM_{gammadr2013} + ZULP_{gammadr2013} + LP_{gammadr2013} + KP_{gammadr2013}) \times 0,5$$

kde:

ZUM<sub>gammadr2013</sub> celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvláště účtovaný materiál poskytnutý v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

ZULP<sub>gammadr2013</sub> celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvláště účtované léčivé přípravky poskytnuté v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

LP<sub>gammadr2013</sub> paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetřovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za hodnocené období, vztaženým k hospitalizacím v hodnoceném období,



kteře jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

$KP_{\text{gammadr}2013}$  celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce.

do celkové výše úhrady ( $MAX\ PU_{\text{gammadr}2013}$ ) která se vypočte takto:

$$MAX\ PU_{\text{gammadr}2013} = LIM\ PU_{\text{gammadr}2013} \times 1,05$$

4.4 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví hodnota bodu ve výši  $ICB_{\text{ref}} * 1,07$  do limitu ( $LIM\ PU_{\text{betadr}2013}$ ) vypočteného takto:

$$LIM\ PU_{\text{betadr}2013} = [(V_{\text{betadr}2011} \times ICB_{\text{ref}}) + ZUM_{\text{betadr}2011} + ZULP_{\text{betadr}2011} + LP_{\text{betadr}2011} + KP_{\text{betadr}2011}] \times 1,07 \times K_p$$

kde:

$V_{\text{betadr}2011}$  celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony provedené během hospitalizací, za referenční období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce. Počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013

$ZUM_{\text{betadr}2011}$  celková výše úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$ZULP_{\text{betadr}2011}$  celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$LP_{\text{betadr}2011}$  paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetrovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za referenční období, vztaženým k hospitalizacím v referenčním období,

kteře jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$KP_{\text{betadrg}2011}$  celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

4.5 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období nad vypočtený limit ( $LIM\ PU_{\text{betadrg}2013}$ ), se stanoví hodnota bodu ve výši ( $ICB_{\text{ref}} * 1,07$ ) \* 0,5. Výše úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona a za ostatní hrazené služby hrazené v korunách českých, se vypočte nad limit stanovený v bodě 4.4 takto:

$$(ZUM_{\text{betadrg}2013} + ZULP_{\text{betadrg}2013} + LP_{\text{betadrg}2013} + KP_{\text{betadrg}2013}) \times 0,5$$

kde:

$ZUM_{\text{betadrg}2013}$  celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$ZULP_{\text{betadrg}2013}$  celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$LP_{\text{betadrg}2013}$  paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetrovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za hodnocené období, vztaženým k hospitalizacím v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$KP_{\text{betadrg}2013}$  celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

do celkové výše úhrady ( $MAX\ PU_{\text{betadrg}2013}$ ) která se vypočte takto:

$$\text{MAX PU}_{\text{betadrg2013}} = \text{LIM PU}_{\text{betadrg2013}} \times 1,15$$

- 4.6 Pokud poskytovatel v rámci hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 20 a méně unikátních pojištěnců v příslušné MDC skupině, zdravotní pojišťovna nezahrne tuto úhradu do výpočtu regulace podle bodu 4.4 a 4.5. MDC skupinu tvoří skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace<sup>4)</sup>, jejichž první 2 znaky z pětičíselného kódu skupin vztažených k diagnóze uvedeného ve sloupci IR-DRG jsou shodné.
5. Pro hrazené služby podle seznamu výkonů, včetně hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
6. 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, 911, 914, 921 a 925 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření.
- 6.1. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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.
- 6.4. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8 této vyhlášky.
- 6.5. 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.
- 6.6. Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.
- 6.7. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14 této vyhlášky.
- 6.8. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

6.9. 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.

6.10. Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 6.1 až 6.9 bude vyšší než 101 % úhrady za ambulantní péči poskytnutou v referenčním období ( $U_{amb2011}$ ), potom se výsledná úhrada za ambulantní péči poskytnutou v hodnoceném období ( $UV_{amb2013}$ ) stanoví ve výši

$$UV_{amb2013} = U_{amb2011} \times 1,01 \times Kp_p$$

6.11. Pokud součet úhrad vypočtených podle bodů 6.1 až 6.9 bude nižší než 94 % úhrady za ambulantní péči poskytnutou v referenčním období ( $U_{amb2011}$ ), poskytovatelem vykázány a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v hodnoceném období bude nejméně 98 % počtu bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v referenčním období vynásobených koeficientem  $Kp_p$ , a dále pokud poskytovatel v hodnoceném období ošetří nejméně 98 % unikátních pojištěnců, vynásobených koeficientem  $Kp_p$ , v porovnání s referenčním obdobím, potom se výsledná úhrada za ambulantní péči poskytnutou v hodnoceném období ( $UV_{amb2013}$ ) stanoví ve výši

$$UV_{amb2013} = U_{amb2011} \times 0,94 \times Kp_p$$

Pokud poskytovatelem vykázány a zdravotní pojišťovnou uznaný počet bodů za výkony ambulantní péče poskytnuté v hodnoceném období bude nižší než 98 % počtu bodů vynásobených indexem  $Kp_p$ , za výkony ambulantní péče poskytnuté v referenčním období a zároveň pokud poskytovatel v hodnoceném období ošetří méně než 98 % unikátních pojištěnců vynásobených indexem  $Kp_p$ , v porovnání s referenčním obdobím, potom se  $UV_{amb2013}$  sníží o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 100 % hodnoty stanovené ve větě první. Pro snížení uvedené ve větě druhé se použije vyšší z hodnot, o kterou nebylo dosaženo 100 % hodnoty stanovené ve větě první.

6.12. 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 6.1 až 6.11.

7. Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
8. V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jedná se o hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli vypočtená z údajů o poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb v referenčním období při použití výše úhrady a regulačních omezení stanovených touto vyhláškou, a to ve výši jedné dvanáctiny. Při stanovení výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zohlední 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.

## **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 se stanoví ve výši 100 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející poskytovateli v referenčním období.
- c) Pokud dojde u poskytovatele ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčíslení dopadů do 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 stanoví ve výši 0,95 Kč.
- b) Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč do 100 % objemu vypočteného takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

- |            |  |
|------------|--|
| $P_{Bro}$  | celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období |
| $PO_{Pho}$ | počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období                          |
| $PO_{Pro}$ | počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v referenčním období       |

Hrazené služby poskytnuté poskytovatelem nad 100 % vypočteného objemu se hradí s hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč. Finanční vypořádání se provede nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

### **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. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace<sup>4)</sup>, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží CM v této výši:

a) revize u jednoho případu:

$$(CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) \times 3$$

b) revize u statisticky méně významného počtu případů příslušné DRG base:

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

c) revize u statisticky významného počtu případů příslušné DRG base:

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

kde:

CM base součet relativních vah příslušné DRG base

DRG base agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace<sup>4)</sup>. Jsou dány prvními 4 znaky z pětičíselného kódu DRG skupiny.

DRG skupina skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace<sup>4)</sup>

Relativní váha index 2013

Statisticky významný počet případů příslušné DRG base  
více než 5% případů, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base  
méně než 5% případů, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG base u příslušného poskytovatele.

$CM_{\text{původní}}$  počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace<sup>4)</sup> zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10, 11 a 12 k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou

$CM_{\text{revidovaný}}$  počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace<sup>4)</sup> zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10, 11 a 12 k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly

## **2. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky**

- a) Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny v hodnoceném období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převyší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období vynásobené koeficientem  $KP_p$ , s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Snížení podle věty první zdravotní pojišťovna neuplatní, pokud poskytovatel doloží, že zvýšená celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
- b) V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v písmenu a.