



### **DŘ na rok 2017**

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

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

### Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2017 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 individuální paušální úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2016, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. března 2016.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů<sup>4)</sup> (dále jen „Klasifikace“) do bazí

a) 0501, 0507, 0511, 0516,

b) 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528

uvedených v příloze č. x k této vyhlášce (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Pokud smluvně sjednaná složka úhrady zahrnuje i jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první, nezapočítává se tato úhrada ani úhrada za hrazené služby zařazené podle Klasifikace do vyjmenovaných bazí do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 31. března 2017, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši  $ÚHR_{zz}^{ho}$  vypočtené takto:

$$ÚHR_{zz}^{ho} = \min \left( \sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,zz}^{ho} * \frac{ÚHR_{i,zz}^{2016}}{PP_{i,zz}^{2016}} \right\}; \sum_{i=1}^n \{X * ÚHR_{i,zz}^{2016}\} \right) - EM_{2017}$$

kde:

$ÚHR_{zz}^{ho}$  je úhrada poskytovateli v hodnoceném období.

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

$PP_{i,zz}^{2015}$  je počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v roce 2016 kde  $i = 1$  až  $n$ , kde  $n$  je počet vyjmenovaných bazí.

$X$  nabývá hodnoty:  
0,90 pro baze uvedené v bodě 2.1 písm. a),  
0,85 pro baze uvedené v bodě 2.1 písm. b).

<sup>4)</sup> Sdělení ČSÚ č. xxx/2016 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

- $ÚHR_{i,ZZ}^{2016}$  je celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v roce 2016, kde  $i = 1$  až  $n$ , kde  $n$  jsou baze vyjmenované v bodě 2.1 písm. a) a b), zvýšená o celkovou hodnotu vyžádané extramurální péče v roce 2016 v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v roce 2016 a které jsou podle Klasifikace zařazeny do bazí vyjmenovaných v bodě 2.1 písm. a) a b) oceněné hodnotami bodu platnými v roce 2016, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
- $EM_{2017}$  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 bazí vyjmenovaných v bodě 2.1 písm. a) a b) oceněné hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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 až 2.2.5:

### 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,
- 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 2016, během nichž byla léčba poskytována. Maximální úhrada na unikátního pojištěnce se vypočte takto:

$$Uhr_{max,i} = 12 * \frac{Uhr_{i,2016}}{M_{i,2016}}$$

kde:

$Uhr_{max,i}$	je maximální úhrada v roce 2017 na jednoho unikátního pojištěnce pro onemocnění $i$ .
$i$	nabývá hodnot 1 až $n$ , kde $n$ je počet výše uvedených onemocnění.
$Uhr_{i,2016}$	je celková úhrada v roce 2016 za léčbu onemocnění $i$ .
$M_{i,2016}$	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění $i$ poskytována každému jednotlivému pojištěnci s tímto onemocněním v roce 2016.

### 2.2.2 Pro onemocnění:

- revmatoidní artritida,
- Bechtěrevova choroba,
- psoriatická artritida,
- Crohnova choroba,
- colitis ulcerosa,
- psoriáza těžká,
- plicní arteriální hypertenze,
- astma,
- Parkinsonova choroba,
- juvenilní artritida,
- roztroušená skleróza

se stanoví maximální úhrada ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2016, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 104 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2016. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left( 12 * \frac{Uhr_{i,2016}}{M_{i,2016}} * UOP_{i,2016} * 1,04 \right)$$

$i$	nabývá hodnot 1 až $n$ , kde $n$ je počet výše uvedených onemocnění.
$Uhr_{max}$	je maximální úhrada v roce 2017.
$Uhr_{i,2016}$	je celková úhrada v roce 2016 za léčbu onemocnění $i$ .
$M_{i,2016}$	je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění $i$ poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2016.
$UOP_{i,2016}$	je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2016 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až k).

- 2.2.3 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 2016.
- 2.2.4 Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 až 2.2.3 se stanoví maximální úhrada ve výši 100 % celkové úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou za rok 2016, vynásobené 102%. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n (Uhr_{i,2016} * 1,02)$$

$i$  nabývá hodnot 1 až  $n$ , kde  $n$  je počet onemocnění spadajících do bodu 2.2.4.

$Uhr_{max}$  je maximální úhrada v roce 2017.

$Uhr_{i,2016}$  je celková úhrada v roce 2016 za léčbu onemocnění  $i$ .

- 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  $CM_{2017,01x}$  a  $CM_{2016,01x}$  rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2017.
- 3.2 Pro výkony doprovodu č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů, vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 375 Kč.
- 3.3 Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. x k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2016.
- 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. x k této vyhlášce a stanoví se ve výši  $CELK\ PU_{drg,2017}$  podle výrazu:

$$(i) \text{ CELK } PU_{drg,2017} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2017,01x}}{CM_{2016,01x}} \right\} * IPU * Izp * Kpp - EM_{2017}$$

kde:

- $CM_{2016,01x}$  je počet případů hospitalizací ukončených v roce 2016 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. x k této vyhlášce vynásobených indexy 2017.
- $Kpp$  je koeficient změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji mezi 1. lednem 2016 a 1. lednem 2015. Tento koeficient se stanoví jako podíl počtu pojištěnců v roce 2016 a počtu pojištěnců v roce 2015.
- $EM_{2017}$  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. x k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
- min funkce minimum, která vybere z obou hodnot hodnotu nejnižší.

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(ii) IPU = PU_{drg,2016} * 1,01$$

kde:

- $PU_{drg,2016}$  je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2016, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. x k této vyhlášce, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče v roce 2016 oceněné hodnotami bodu platnými v roce 2016, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. x k této vyhlášce v roce 2016.  $PU_{drg,2016}$  se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2016} = \text{CELK } PU_{drg,2016} + EM_{2016}$$

kde:

$CELK\ PU_{drg,2016}$  je celková úhrada formou případového paušálu v roce 2016.

$EM_{2016}$  je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v roce 2016 a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle příloh č. x a x a dále v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v roce 2016, zařazených podle Klasifikace do bazí skupin vztažených k diagnóze dle přílohy č. x, které jsou současně uvedeny v bodě 2.1 této přílohy, oceněná hodnotami bodu platnými v roce 2016, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

a kde:

$$(iii) CM_{red,2017,01x} = CM_{red\ 1} + CM_{red\ 2} + CM_{red\ 3}$$

kde:

$$CM_{red\ 1} = \min \left\{ CM_{1,2017,01x}; (CM_{1,2017,01x})^{0,2} * \left( 1,05 * PP_{1,drg,2017} * \frac{CM_{1,2016,01x}}{PP_{1,drg,2016}} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

$CM_{1,2017,01x}$  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. x k této vyhlášce a které nebyly 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“), vynásobených indexy 2017.

$CM_{1,2016,01x}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v roce 2016, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. x k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených indexy 2017.

$PP_{1,drg,2017}$  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. x k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PP_{1,drg,2016}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2016 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou

uvedeny v příloze č. x k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

a kde:

$$CM_{red\ 2} = CM_{2017,01x,4} * \min \left[ 1; \left( 1,05 * \frac{PPR_{drg,2016,4}}{PPR_{drg,2017,4}} * \frac{PP_{drg,2017}}{PP_{drg,2016}} \right) \right]$$

kde:

$CM_{2017,01x,4}$  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. x k této vyhlášce, vynásobených indexy 2017, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4.

$PP_{drg,2017}$  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. x k této vyhlášce.

$PP_{drg,2016}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2016 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této vyhlášce.

$PPR_{drg,2017,4}$  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. x k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4.

$PPR_{drg,2016,4}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2016 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této vyhlášce, které byly kódem ukončení léčení 4.

a kde:

$$CM_{red\ 3} = CM_{2017,01x,5} * \min \left[ 1; \left( 1,05 * \frac{PPR_{drg,2016,5}}{PPR_{drg,2017,5}} * \frac{PP_{drg,2017}}{PP_{drg,2016}} \right) \right]$$

kde:

$CM_{2017,01x,5}$  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. x k této vyhlášce, vynásobených indexy 2017, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PP_{drg,2017}$  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. x k této vyhlášce.

$PP_{drg,2016}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2016 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této vyhlášce.

$PPR_{drg,2017,5}$  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. x k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5.

$PPR_{drg,2016,5}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2016 zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení.

a kde:

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

$$I_{ZP} = \left\{ 1 + \max \left[ 0; 0,75 * \min \left( \frac{CM_{red,2017,01x}}{CM_{2016,01x}} - 1,05; 0,15 \right) * I_{GUP} \right] \right\}$$

kde:

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

a) Pokud  $\frac{CM_{red,2017,01x}}{CM_{2016,01x}} \neq 1$ , potom:

$$I_{GUP} = \max \left[ 0; \min \left( 1; \frac{\left( \frac{GUP_{2017}}{GUP_{2016}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[ \left( \frac{CM_{red,2017,01x}}{CM_{2016,01x}} - 1 \right); 0,2 \right]} \right) \right]$$

b) Pokud  $\frac{CM_{red,2017,01x}}{CM_{2016,01x}} = 1$ , potom  $I_{GUP} = 1$

kde:

$GUP_{2017}$  je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2017, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. x k této vyhlášce.

$GUP_{2016}$  je počet globálních unikátních pojištěnců, na které byly vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2016, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. x 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. x k této vyhlášce.
- 4.2 Případy hospitalizací se při výpočtu  $CM_{2017,01x,xx}$  a  $CM_{2016,01x}$  rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2017.
- 4.3 Léčivé přípravky vyjmuté z platby vyčleněné z úhrady formou případového paušálu a uvedené v příloze č. x k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2016.
- 4.4 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. x k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$CM_{2017,01x,xx} * IZS_{2016} - EM_{2017,xx}$$

kde:

$CM_{2017,01x,xx}$  je počet případů hospitalizací ukončených v roce 2017 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. xx k této vyhlášce, vynásobených indexy 2017.

$EM_{2017,xx}$  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. xx k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v roce 2016 včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$IZS_{2016}$  je individuální základní sazba vypočtená takto:  $\frac{UHR_{2016,13}}{CM_{2016,01x,13}}$

kde:

$UHR_{2016,xx}$  je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2016, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedené v příloze č. xx 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 roce 2016 včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. xx k této vyhlášce.

*CM<sub>2016,01x,xx</sub>* je počet případů hospitalizací ukončených v roce 2016 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. xx k této vyhlášce vynásobených indexy 2017.

5. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v roce 2016 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 1,03 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, 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.
  - 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. x k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části x) a x) přílohy č. x 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 zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části x) bodu x a x přílohy č. x k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části x) bodu x přílohy č. x k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části x) přílohy č. x k této vyhlášce, která se pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 nepoužijí.
  - 6.3 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části x) bodu x přílohy č. x k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části x) přílohy č. x k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.
  - 6.4 Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů x a x přílohy č. x k této vyhlášce.
  - 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 x a x přílohy č. x k této vyhlášce.
  - 6.6 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě x a x přílohy č. x k této

vyhláše, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu x přílohy č. x k této vyhláše, který se pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené 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 x písm. x) a x) přílohy č. x k této vyhláše.
- 6.8 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § x.
- 6.9 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § x.
- 6.10 Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 6.1 až 6.9 se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr\_amb_{max} = \dot{U}hr\_amb_{2016} * 1,01 * Kpp$$

kde:

$\dot{U}hr\_amb_{max}$  je maximální 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. 12 k této vyhláše, poskytnuté v hodnoceném období podle odstavců 6.1 až 6.9.

$\dot{U}hr\_amb_{2016}$  je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v roce 2016 podle odstavců 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. x k této vyhláše.

$Kpp$  je koeficient změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji mezi 1. lednem 2016 a 1. lednem 2015. Tento koeficient se stanoví jako podíl počtu pojištěnců v roce 2016 a počtu pojištěnců v roce 2015.

- 6.11 Pro nasmlouvané výkony č. 09563, 88101 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Pro výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč. Výkony uvedené ve větě první a druhé zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 6.1 až 6.10.
- 6.12 Léčivé přípravky uvedené v příloze č. x k této vyhláše uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2016.
7. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s rokem 2016 se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši 100 % průměrné měsíční zálohy roku 2016. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb dohodnuté podle bodu 7, 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. Do maximální úhrady podle bodu 6.10 se nezahrne úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů poskytnuté v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení a u kterých je vykázán signální výkon 09570.

## Regulační omezení

### 1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu a úhrady vyčleněné z úhrady formou případového paušálu

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

- a) Pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2017 hodnotu vyžádané extramurální péče v roce 2016 oceněnou hodnotami bodu platnými v roce 2016 včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v roce 2016, 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. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při cílené kontrole jednotlivých hospitalizačních případů 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, zdravotní pojišťovna uplatní sankci tak, že sníží výslednou úhradu vypočtenou takto:

$$(CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) \times 3 \times (\text{CELK PU drg}, 2016 / \sum CM_{2016})$$

kde:

$CM_{\text{původní}}$  je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy, které jsou uvedeny v příloze č. x k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných 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, které jsou uvedeny v příloze x 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 2017 tyto hodnoty roku 2016, 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 x) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. x 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 části x) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. x k této vyhlášce 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 části x) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. x k této vyhlášce, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 101 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části x) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. x k této vyhlášce.

2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období 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 části x) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. x k této vyhlášce 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 části x) bodu 6.1 až 6.3 a 6.9 přílohy č. x k této vyhlášce 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 55 % 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 a screeningu kolorektálního karcinomu 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 období i v roce 2016 ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2017 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 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů nepoužijí, pokud k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3 došlo v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení a u kterých je vykázán signální výkon 09570.
- 2.6 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.
- 2.7 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.

VZP ČR navrhuje zachovat pro rok 2017 rozsah DRG bazí uvedených v přílohách č. 10 a č. 13 vyhlášky č. 273/2015 Sb., s výjimkou DRG bazí u individuálně smluvně sjednané složky úhrady dle přílohy č. 9 vyhlášky č. 273/2015 Sb., kde navrhuje baze 0001,0002, 0014, 0204, 0802, 0804, 0818 a 1101 zahrnout do úhrady případovým paušálem.

VZP ČR navrhuje zachovat pro rok 2017 výčet ATC skupin dle přílohy č. 12 vyhlášky č. 273/2015 Sb.