

**SPOLEČNÝ NÁVRH ÚHRADOVÉ VYHLÁŠKY PRO ROK 2026
ZA AČMN + AKN
AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE**

VYHLÁŠKA

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2026

...

§ 1

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2024. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2026.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2024, poskytovatelem vykázané do 31. března 2025 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2025.

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2026, poskytovatelem vykázané do 31. března 2027 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2027.

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

Příloha č. 1 k vyhlášce č.

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

A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v hodnoceném období zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady podle bodu 2, paušální úhradu podle bodu 3, úhradu formou případového paušálu podle bodu 5, úhradu za akutní lůžkovou péči pro malý počet pojištěnců a zahraniční pojištěnce podle bodu 6, úhradu za ambulantní péči podle bodu 7 (dále jen „ambulantní složka úhrady“) a ostatní úhrady podle bodu 8.

- 1.1 Pro účely bodů 3 až 5 se při výpočtu proměnných v referenčním období případy hospitalizací rozumí případy hospitalizací přepočtené podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů pro rok 2026.
- 1.2 Pro účely bodů 3 až 6 se vyžádanou extramurální péčí rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji vykazuje zdravotní pojišťovně.
- 1.3 Pro výkony OD 00031 a 00032 se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 600 Kč, přičemž tyto výkony jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6.
- 1.4 Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2025, přičemž tyto léčivé přípravky jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 2.2 a 3 až 7.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

- 2.1 Pokud si zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnou rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro hrazené služby, jež jsou zahrnuty v paušální úhradě, v úhradě vyčleněné z paušální úhrady nebo v úhradě formou případového paušálu, úhrada za tyto služby se nezapočítá do úhrady uvedené v bodech 3 až 7.
- 2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, (dále jen „vyhláška č. 376/2011 Sb.“), se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku v jednotkové ceně, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.3.
 - 2.2.1 Pro onemocnění HIV/AIDS, spinální svalová atrofie, cystická fibróza, 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 2023.

2.2.2 Pro skupiny:

a) Dermatologie (aktinická keratóza, psoriáza těžká a jiná kožní onemocnění)
b) Dýchací soustava 1 (astma, CHOPN)
c) Dýchací soustava 2 (idiopatická plicní fibróza, intersticiální pneumonie)
d) Endokrinologie (akromegalie, endokrinní oftalmopatie, toxická struma štítné žlázy, růstové hormony)
e) Hematoonkologie (leukemie, lymfomatózní meningitida, lymfomy, mnohočetný myelom, myelo-dysplastické syndromy, podpurná hematoonkologie, zhoubné imunoproliferativní nemoci, hematologie)
f) Imunitní systém (autoinflamatorní onemocnění, digitální ulcerace u systémové sklerodermie, polyangiitida, transplantace)
g) Infekce (hepatitida C)
h) Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Niemann-Pickova choroba, metabolické vady)
i) Neurologie 1 (epilepsie, narkolepsie, migréna, Parkinsonova choroba, substituční léčba)
j) Neurologie 2 (roztroušená skleróza)
k) Oběhový systém (plicní arteriální hypertenze)

l)	Oftalmologie (centrální a periferní venózní okluze, choroidální neovaskularizace, věkem podmíněná makulární degenerace, oftalmologie – diabetes mellitus, vitreomakulární trakce, Leberova optická neuropatie, neinfekční uveitida, autologní buňky lidského rohovkového epitelu)
m)	Onkologie – solidní nádory (hepatocelulární karcinom, nádory hlavy a krku, nádory kolorekta, nádory ledviny, nádory močového ústrojí, nádory mozku, nádory ovarií a dělohy, nádory plic, nádory prostaty, nádory prsu, nádory slinivky, nádory štítné žlázy, nádory z embryonálních buněk, nádory žaludku, osteosarkom, neuroendokrinní tumory, sarkomy měkkých tkání, jiné nádory měkkých tkání, jiné zhoubné nádory kůže, kožní lymfomy, maligní melanom, mezoteliom pleury, hemangiom, gastrointestinální stromální tumory)
n)	Revmatologie (Bechtěrevova choroba, artritida, systémový lupus erythematosus, psoriatická artritida)
o)	Trávicí soustava (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, syndrom krátkého střeva)
p)	Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest (primární biliární cholangitida)
q)	Ostatní – výše neuvedená onemocnění

se stanoví maximální úhrada takto:

$$Uhr_{max,2026} = \sum_{i=a}^q Uhr_{i,2024} * IN_i$$

kde:

$Uhr_{max,2025}$ je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

$Uhr_{i,2023}$ je celková úhrada v roce 2023 za léčbu onemocnění i .

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

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny onemocnění dohromady.

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

Skupina	Index navýšení úhrady
a) Dermatologie	1,40
b) Dýchací soustava 1	2,00
c) Dýchací soustava 2	1,10
d) Endokrinologie	2,00
e) Hematoonkologie	1,30
f) Imunitní systém	1,37
g) Infekce	1,58
h) Metabolické vady	1,48
i) Neurologie 1	1,69
j) Neurologie 2	1,40
k) Oběhový systém	1,45
l) Oftalmologie	1,10
m) Onkologie – solidní nádory	1,59
n) Revmatologie	1,41
o) Trávicí soustava	1,30

p) Hepatologie	1,55
q) Ostatní	1,50

Hodnoty výše budou stanoveny ze strany MZ dle posledních modelací UZIS a prof.Duška.

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

3. Paušální úhrada

3.1 Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

3.2 Výše paušální úhrady se stanoví jako $\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2024}$ podle výrazu:

$$\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2026} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2026,CZ-DRG,A}}{0,95 * CM_{2024,CZ-DRG,A}} \right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2024,A}$$

kde:

$CM_{2024,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$EM_{2025,A}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

(i) $IPU = PU_{drg,2024} * 1,08$

kde:

$PU_{drg,2024}$ je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou, která se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2024} = \max \{ CM_{2024,CZ-DRG,A-D} * ZS_{min,2024,PU}; \dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2024} + \dot{U}HR_{ISU,A-D}^{2024} + EM_{2024,A-D} \} * \left(\frac{CM_{2024,CZ-DRG,A}}{CM_{2024,CZ-DRG,A-D}} \right)$$

kde:

$CM_{2024,CZ-DRG,A-D}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

$\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2024}$ je celková výše paušální úhrady uhrazená poskytovateli v referenčním období.

$EM_{2024,A-D}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10, částí A až D k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$\dot{U}HR_{ISU,A-D}^{2024}$ je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zařazené do individuálně smluvně sjednanýchází v referenčním období, a zároveň zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech A až D k této vyhlášce.

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

$ZS_{min,2024,PU}$ je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši **69 000** pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče a zároveň alespoň další tři statuty center vysoce specializované péče nebo má alespoň šest různých statutů center vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách. Pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví následovně:

$$ZS_{min,2024,PU} = \max (MIN_{2024,PU}; 0,5 * ZS_{2024,median} + 0,5 * IZS_{2024,PU})$$

kde:

$MIN_{2024,PU}$ nabývá hodnoty **60 000** pro poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, a **50 000** pro ostatní poskytovatele.

$ZS_{2024,median}$ nabývá hodnoty **64 000** pro poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, a **57 500** pro ostatní poskytovatele.

$IZS_{2024,PU}$ je referenční individuální základní sazba pro paušální úhradu, která se vypočte následovně:

$$IZS_{2024,PU} = \frac{\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2024} + \dot{U}HR_{ISU,A-D}^{2024} + EM_{2024,A-D}}{CM_{2024,CZ-DRG,A-D}}$$

(ii) $CM_{red,2026,CZ-DRG,A}$ se vypočítá následovně

a) Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací, ukončených v hodnoceném období nebo ukončených v referenčním období a přepočtených podle bodu 1.1, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož

poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 100 nebo pokud $PPR_{drg,A,2026,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,A,2026}$ nebo pokud $PPR_{drg,A,2024,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,A,2024}$, stanoví se redukováný casemix takto:

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,A} = CM_{2026,CZ-DRG,A}$$

kde:

- $CM_{2026,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobený relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.
- $PPR_{drg,A,2026,4,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.
- $PPR_{drg,A,2024,4,5}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.
- $PP_{drg,A,2026}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.
- $PP_{drg,A,2024}$ je počet případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

b) V ostatních případech se redukováný casemix stanoví takto:

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,A} = CM_{1,2026,CZ-DRG,A} + CM_{red,4,5}$$

kde:

- $CM_{1,2026,CZ-DRG,A}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

A kde:

$$CM_{red,4,5} = CM_{2026,CZ-DRG,A,4,5} * \min \left[1; \left(X * \frac{PPR_{drg,A,2024,4,5}}{PPR_{drg,A,2026,4,5}} * \frac{PP_{drg,A,2026}}{PP_{drg,A,2024}} \right) \right]$$

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,A,4,5}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

X nabývá hodnoty 1,1 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce větší než 0,1, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce menší nebo roven 0,1.

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

$$I_{ZP} = \max \left[1; ARCTG \left(3 * \frac{CM_{red,2026,CZ-DRG,A}}{CM_{2024,CZ-DRG,A}} - 1,443 \right) \right]$$

4. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady

- 4.1 Tento typ úhrady byl zrušen a nahrazen úhradou formou případového paušálu podle CZ-DRG i pro služby zařazené v minulosti podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E vyhlášky pro rok 2025.
- 4.2 Současně jsou zrušeny koeficienty centralizace, specializace a nákladové modifikátory v pojetí vyhlášky pro rok 2025.

5. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG

- 5.1 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B, C, D, E, F, G a H vyhlášky pro rok 2025 a navíc o ty v paušálu (část A) zařazené CZ-DRG skupiny diagnóz, které byly svou vahou a názvem rozděleny dle místa poskytování na „Diagnóza v CVSP“ a „Diagnóza mimo CVSP“. Centrální základní sazba pro CZ-DRG je stanovena ve výši:

$$CZS_{CZ-DRG} = 85.000 \text{ Kč}$$

- 5.2 Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako $\dot{U}HR_{PP,CZ-DRG,2026}$ podle výrazu:

$$\dot{U}HR_{PP,CZ-DRG,2026} = \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(\dot{U}HR_{JPL,ij}; CM_{2026,CZ-DRG,B,C,E-G,ij} * ZS_{CZ-DRG}) \right] * KC_{BCE-G,i} \right\} + CM_{red,2026,CZ-DRG,DH} * ZS_{CZ-DRG} * KP_{Krit} * K_{Trans} - EM_{2026,B-H}$$

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,BFG,ij}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle

Klasifikace do skupiny i vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G (včetně těch s dělením na „v CVSP“ a „mimo CVSP“) k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce. Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce. Index j označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i .

$EM_{2025,BCE-G}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce (včetně těch s dělením na „v CVSP“ a „mimo CVSP“), oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$K_{BCE-G,i}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu i vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, C, D, F a G k této vyhlášce (včetně těch s dělením na „v CVSP“ a „mimo CVSP“), ve výši 1,05, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň jeden statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce (včetně těch s dělením na „v CVSP“ a „mimo CVSP“); v ostatních případech je roven 1.

KP_{Krit} je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 1,05 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny podmínky uvedené v bodě 5.3. Pokud poskytovatel nemá nasmlouvaná psychiatrická lůžka, tak KP_{Krit} nabývá hodnoty 1. V ostatních případech KP_{Krit} nabývá hodnoty 0,95.

K_{Trans} je koeficient transformace, který se stanoví ve výši 1 pro poskytovatele bez transformačního plánu, a pro poskytovatele s transformačním plánem se vypočte následovně:

$$K_{Trans} = 1 + K_{CDZ} + K_{DS} + K_{TransNLP}$$

kde:

K_{CDZ} je bonifikace za provoz centra duševního zdraví, který nabývá hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v rámci centra duševního zdraví.

K_{DS} je bonifikace za provoz denního stacionáře, který nabývá hodnoty 0,02 v případě, že poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v rámci denního psychiatrického stacionáře.

$K_{TransNLP}$ je koeficient plnění transformačního plánu a redukce následné lůžkové péče, který se vypočte následovně:

$$K_{TransNLP} = 0,15 * \sqrt{\frac{0,25 * PLNLP_{2018}}{PLNLP_{2030}}} * \min \left[1,1; \frac{PLNLP_{2018} - PLNLP_{2026}}{0,8 * (PLNLP_{2018} - PLNLP_{2030})} \right]$$

kde: $PLNLP_{2018}$ je počáteční počet lůžek následné lůžkové péče před započítáním transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek následné lůžkové péče k 1. lednu 2018.

$PLNLP_{2030}$ je cílový počet lůžek následné lůžkové péče po ukončení transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče s výjimkou lůžek ochranné léčby, který je dle transformačního plánu plánován k 31. prosinci 2030.

$PLNLP_{2026}$ je celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče s výjimkou lůžek ochranné léčby k 31. prosinci 2026.

$CM_{red,2026,CZ-DRG,DH}$ je redukovaný casemix, který se vypočítá následovně:

Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1, ukončených v referenčním období nebo hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce menší nebo roven 30, stanoví se redukovaný casemix následovně:

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,DH} = CM_{2026,CZ-DRG,DH}$$

V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,DH} = CM_{2026,CZ-DRG,DH} * \min \left\{ 1; X * \frac{\max(12; LOS_{2024,CZ-DRG,DH}^{median})}{LOS_{2026,CZ-DRG,DH}^{median}} \right\}$$

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,DH}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$LOS_{2024,CZ-DRG,DH}^{median}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$LOS_{2026,CZ-DRG,DH}^{median}$ je medián délky hospitalizace u případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval akutní lůžkovou péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části H, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu $CM_{red,2026,CZ-DRG,DH}$ následující referenční hodnotu:

$$LOS_{2024,CZ-DRG,DH}^{median} = 18$$

5.3 Vyhodnocení plnění následujících kritérií poskytování akutní psychiatrické péče provede zdravotní pojišťovna do 20. května 2027:

- a) počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné psychiatrické péče, nepřekročí 55 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce,
 - b) počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, které byly ukončeny přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní psychiatrické péče, nepřekročí 10 % z celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce,
 - c) poskytovatel zajišťuje nepřetržitou péči v režimu 24 hodin denně 7 dní v týdnu při příjmu pacientů k hospitalizacím zařazovaným podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.
6. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby následovně:

$$\begin{aligned} \dot{U}hr_{pod50,EU,CZ-DRG,2026} = & CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A,2026} * ZS_{pod50,EU} - EM_{pod50,EU,2026} \\ & + CM_{pod50,CZ-DRG,DH,2026} * ZS_{pod50,EU} * K_{Trans} * KP_{Krit} \\ & + CM_{EU,CZ-DRG,DH,2026} * ZS_{pod50,EU} \\ & + \left\{ \sum_{i=1}^n \left[\sum_{j=1}^m \max(\dot{U}HR_{JPL,ij}; CM_{pod50,EU,CZ-DRG,BCEFG,2026,ij} * ZS_{pod50,EU}) \right] * KC_{BCEFG,i} \right\} \end{aligned}$$

kde:

$CM_{pod50,EU,CZ-DRG,A,2026}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

$CM_{pod50,CZ-DRG,DH,2026}$ je počet případů hospitalizací českých pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$CM_{EU,CZ-DRG,DH,2026}$ je počet případů hospitalizací zahraničních pojištěnců poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných,

ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2025 uvedenými v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$CM_{pod50,EU,CZ-DRG,BCEFG,2026,i,j}$ je případ hospitalizace j poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny i vztažené k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce (včetně těch s dělením na „v CVSP“ a „mimo CVSP“). Index i označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce (včetně těch s dělením na „v CVSP“ a „mimo CVSP“). Index j označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny i .

$KC_{BCEFG,i}$ je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu i vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, ve výši 1,05, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň jeden statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce; v ostatních případech je roven 1.

$EM_{pod50,EU,2026}$ je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$ZS_{pod50,EU}$ je základní sazba CZ-DRG pro zahraniční pojištěnce a pod 50 případů hospitalizací, která se stanoví následovně:

$$ZS_{pod50,EU} = CZS_{CZ-DRG}$$

7. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb poskytovaných ve vyjmenovaných odbornostech, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 914, 916, 917, 919, 921, 925, 926 a 927 podle seznamu výkonů (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
- 7.1 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou navýšení úhrady uvedené v části A

bodě 2 písm. a) a e) až h) a bodech 7 a 8 přílohy č. 2 k této vyhlášce a s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.

- 7.2 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodu 7.11 až 7.13, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) a bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije; dále se nepoužijí výpočet celkové úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení uvedená v části B přílohy č. 3 k této vyhlášce.
- 7.3 Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodu 7.12 a výkonů preventivního screeningu na přítomnost SARS-CoV-2 metodou PCR v souvislosti s diagnózou U07.1, U69.75 nebo Z11.5 podle mezinárodní klasifikace nemocí nebo výkonů o průkazu antigenu SARS-CoV-2, se hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 a části B bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu uvedené v části A bodě 2 písm. b) a c), a v bodech 5, 6 a 7 a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 a podle části B a bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí.
- 7.4 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce, výpočet celkové úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce, a regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám v souvislosti se zaevidováním těhotné pojištěnky k porodu a předporodní ambulantní péči ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče poskytovatele v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů uhradí zdravotní pojišťovna souhrnnou úhradou ve výši 2 426 Kč. Souhrnná úhrada je uhrazena jen poskytovateli, který pojištěnku zaevidoval k porodu na základě žádanky registrujícího poskytovatele odbornosti 603 nebo 604, a to pouze jedenkrát za těhotenství pojištěnky. V souhrnné úhradě jsou zahrnuty veškeré hrazené služby od 36. týdne těhotenství související se zaevidováním těhotné ženy k porodu a s následnou předporodní ambulantní péčí v zařízení až do data porodu, včetně úhrady za výkony č. 63115, 63415, 63417, 09119, 63055, 63022 a 63023 podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony nejsou v období mezi 36. týdnem těhotenství a porodem vykazovány podle seznamu výkonů ani poskytovateli, který těhotnou pojištěnku zaevidoval k porodu, ani jiným poskytovatelům, s výjimkou výkonů, které je neevidující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku. Poskytnutí souhrnné úhrady podle tohoto bodu není podmíněno porodem u poskytovatele, který pojištěnku zaevidoval, a dále souhrnná úhrada nevylučuje úhradu registrujícímu poskytovateli za třetí trimestr těhotenství podle části A bodu 4 písm. c) přílohy č. 4 a úhradu registrujícímu poskytovateli lůžkové péče za výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63055, 63115, 63413 a 63417 podle seznamu výkonů, poskytnuté ve třetím trimestru těhotenství, podle věty první tohoto bodu.
- 7.5 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 926 podle seznamu výkonů

- hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části B bodu 1 přílohy č. 6 k této vyhlášce, přičemž navýšení podle bodu 2 a výpočet celkové úhrady podle části B bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.6 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle bodu 3 a výpočet celkové úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.7 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodů 1 a 2 přílohy č. 8 k této vyhlášce, přičemž regulační omezení uvedená v části C přílohy č. 8 k této vyhlášce se nepoužijí. Pro hrazené služby uvedené v části B přílohy č. 8 k této vyhlášce se úhrada stanoví podle části B přílohy č. 8 k této vyhlášce.
- 7.8 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.
- 7.9 Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle přílohy č. 11 k této vyhlášce. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, které nelze hradit podle věty první, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,09 Kč.
- 7.10 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 16.
- 7.11 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309 a výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů poskytované poskytovateli poskytujícími hrazené služby v odbornostech 901 a 931 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. a) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.15. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 901 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonů podle kapitoly 931 seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. b) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.15. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 914 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle části A bodu 2 písm. a) přílohy č. 6 k této vyhlášce. Pro poskytovatele splňující podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 7.14 se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované v rámci samostatné ambulance psychiatrické krizové péče nebo v rámci samostatného pracoviště psychiatrické krizové péče v odbornostech 305, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů stanoví ve výši 1,40 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,57 Kč, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle věty první až třetí tohoto bodu se u těchto poskytovatelů a těchto služeb nepoužijí. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. c) a přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.15. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,15 Kč.
- 7.12 Hrazené služby poskytované v odbornosti 806 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkony č. 89111 až 89131, 89663, 89664 89665 a 89951 až 89958 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkony č. 95198, 95199, 95201, 95202,

95203 a dále výkony č. 81800, 81810, 87012 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkony novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281, 93123, 94297 a 94298 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,43 Kč. Výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445, 15446 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v odbornosti 105 podle seznamu výkonů v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.15. Výkon screeningu č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 205 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.15. Výkony č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 706 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.15. Výkony č. 14300 a 14301 podle seznamu výkonů, poskytovaný poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 104 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. g) přílohy č. 3 k této vyhlášce násobenou koeficientem BON_{ost} podle bodu 7.15. Výkony č. 82301, 82302 a 82304 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 písm. c) přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkon č. 81733 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 písm. b) přílohy č. 5 k této vyhlášce. Výkon č. 88101 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč.

7.13 Hrazené služby poskytované v odbornostech 210, 301, 302, 303, 405, 502, 604, 704 a 707 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce s výjimkou písmen i. až iii., která se nepoužijí. Hodnota bodu dle věty první se vynásobí koeficientem BON_{ost} stanoveným v bodě 7.15.

7.14 Pro výkon č. 09564 podle seznamu výkonů a pro hrazené služby poskytované na urgentním příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví následovně:

$$\begin{aligned} Úhr_{Urg,2026} = & K * \left(Paušální_Úhrada_{urg,2026} + CKP_{bonifikace,2026}^{paušální} \right) + \\ & Úhrada_PříjemZZS_{urg,2026} + Výkonová_Úhrada_{urg,2026} \end{aligned}$$

kde:

K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je poskytován urgentní příjem, podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

$Paušální_Úhrada_{urg,2025}$ je paušální složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

- a) 105 000 000 Kč pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem pro

dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti, a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby pro dospělé a druhé odlišné přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby pro děti,

- b) 60 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu a), a který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,
- c) 20 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu a) a b), a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby a současně má iktové centrum,
- d) 12 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu a), b) a c), a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,
- e) výše paušální složky dle písmen a) až c) se krátí o 50 % v případě, že poskytovatel prokazatelně nezajistí péči na urgentním příjmu po celé hodnocené období v nepřetržitém režimu a výpadek přesáhne v souhrnu 72 hodin.

$\dot{U}hrada_PrijemZZS_{urg,2026}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony č. 09564 podle seznamu výkonů, která se stanoví ve výši **1200** Kč za každý výkon.

$Výkonová_Úhrada_{urg,2026}$ je výkonová složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

$$Výkonová_Úhrada_{urg,2026} = \min[0,65 * (PB_{urg,2026} + KP_{urg,2026}); Limit_{urg,2026}]$$

kde:

$PB_{urg,2026}$ je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů vykázané v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

$KP_{urg,2026}$ je hodnota korunových položek vykázaných společně s výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

$Limit_{urg,2026}$ je horní hranice výkonové složky úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

- f) $K*90\,000\,000$ pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem pro dospělé a zároveň druhý odlišný urgentní příjem pro děti, a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby pro dospělé a druhé odlišné přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby pro děti,
- g) $K*60\,000\,000$ pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu e), a který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,

- h) K*30 000 000 pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu e) a f), a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,
- i) K*3 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu f) až h).

CKP^{paušální}_{bonifikace,2026} je paušální bonifikace za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu, která se stanoví následovně:

- j) poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo pro děti podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje na urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé v samostatné místnosti (dále jen „samostatná ambulance“) a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se *CKP^{paušální}_{bonifikace,2026}* stanoví ve výši 1 000 000 Kč,
- k) poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo pro děti podle zákona o zdravotních službách a který zajišťuje při urgentním příjmu současně poskytování psychiatrické krizové péče pro děti a dospělé na samostatném pracovišti a akutní lůžkovou péči v psychiatrických lůžkových oborech, se *CKP^{paušální}_{bonifikace,2026}* stanoví ve výši 2 500 000 Kč.

7.14.1 Bonifikace *CKP^{paušální}_{bonifikace,2026}* podle bodu 7.14 písm. h) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

- l) v rámci pracoviště urgentního příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů je zřízena samostatná ambulance psychiatrické krizové péče s nepřetržitým provozem včetně zajištění telefonické krizové intervence s nepřetržitým provozem,
- m) samostatná ambulance psychiatrické krizové péče je personálně zajištěna vyčleněným zdravotnickým pracovníkem se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence a dále stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,
- n) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

7.14.2 Úhrada podle bodu 7.14 písm. i) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

- o) při pracovišti urgentního příjmu v odbornosti 719 podle seznamu výkonů je zřízeno samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče s nepřetržitým provozem včetně zajištění telefonické krizové intervence s nepřetržitým provozem,
- p) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 8 hodin do 22 hodin zdravotnickými pracovníky vyčleněnými pouze pro toto pracoviště v minimálním rozsahu psychiatra v úvazku 1,00 nebo klinického psychologa v úvazku 1,00 a psychiatrické sestry v úvazku 1,00 nebo všeobecné sestry v úvazku 1,00,

- q) samostatné pracoviště psychiatrické krizové péče je personálně zajištěno 7 dnů v týdnu v době od 22 hodin do 8 hodin stávajícími zdravotnickými pracovníky poskytovatele z pracovišť s odborností 305, 306, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů se způsobilostí k provádění psychiatrické krizové intervence,
- r) poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na samostatném pracovišti při urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

7.15 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.1 až 7.6 se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_amb_{2026} = \max \left\{ \dot{U}hr_amb_{2026,kompl} + \dot{U}hr_amb_{2026,ost}; \min \left[1; \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024}} \right] * \dot{U}hr_amb_{ref} * KN_{amb} \right\}$$

kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.6 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024} = Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,kompl} + Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,ost}$$

a kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.6 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026} = Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026,kompl} + Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026,ost}$$

a kde:

$\dot{U}hr_amb_{2026,kompl}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.3, která se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_amb_{2026,kompl} = \min \left[1; \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2026,kompl}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,kompl}} \right] * KN_{amb}^{kompl} * \dot{U}hr_amb_{ref} * \frac{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref,kompl}}{Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref}^{red}}$$

kde:

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{ref,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_p\acute{e}\check{c}e_{2024,kompl} = \left(\sum_{i=1}^n \{ PB_{i,2024,kompl} * HB_{i,2026} \} + KP_{2024,kompl} \right) * BON_{kompl}$$

kde:

$PB_{i,2024,kompl}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.3 poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 7.3, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2026.

$HB_{i,2026}$ je hodnota bodu příslušící danému výkonu i ve výši hodnoty bodu podle § 15 a 16, podle bodu 7.9 a podle příloh č. 2 až 8 k této vyhlášce, kde $i=1$ až m , kde m je počet výkonů podle bodů 7.1. až 7.10.

$KP_{2024,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.3.

BON_{kompl} je bonifikace pro ambulantní komplement, která se stanoví následovně:

$$BON_{kompl} = 1 + BON_{prodloužený_režim}^{kompl} + BON_{sdílení_dat} + BON_{akreditace}$$

kde:

$BON_{prodloužený_režim}^{kompl}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 12 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; hodnoty 0,06 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; hodnoty 0,1 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{sdílení_dat}$ je bonifikace za sdílení obrazových dat, která se stanoví ve výši 0,02, pokud je poskytovatel po celé hodnocené období zapojen do systému elektronické distribuce obrazových dat, a ve výši 0 v ostatních případech.

$BON_{akreditace}$ je bonifikace za akreditaci, která se stanoví ve výši 0,02, pokud je poskytovatel po celé hodnocené období držitelem Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL, nebo NASKL R3, a ve výši 0 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_péče_{2026,kompl}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.3 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2026,kompl} = (\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2026,kompl} * HB_{i,2026}\} + KP_{2026,kompl}) * BON_{kompl}$$

kde:

$PB_{i,2026,kompl}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodu 7.3.

$KP_{2026,kompl}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.3.

a kde:

KN_{amb}^{kompl} je koeficient navýšení pro ambulantní komplement, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{kompl} = 1,08 + změnaBON_{kompl}$$

kde:

$změnaBON_{kompl}$ je změna v bonifikačních kritériích ambulantního komplementu mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví následovně:

$$změnaBON_{kompl} = změnaBON_{prodloužený_režim}^{kompl} + BON_{sdílení_dat} + BON_{akreditace}$$

kde:

$změnaBON_{prodloužený_režim}^{kompl}$ je změna v bonifikaci za prodloužený režim ambulantního komplementu, která se stanoví ve výši podle následující tabulky:

		Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti v hodnoceném období v rozsahu:			
		<12/7	12/7	16/7	24/7
Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti v referenčním období v rozsahu:	<12/7	0	0,04	0,06	0,1
	12/7	0	0,04	0,06	0,1
	16/7	-0,06	-0,02	0	0,04
	24/7	-0,06	-0,02	0	0,04

a kde:

$Úhr_{amb_{2026,ost}}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6, která se stanoví ve výši:

$$Úhr_{amb_{2026,ost}} = \min \left[1; \frac{Hodnota_péče_{2026,ost}}{Hodnota_péče_{2024,ost}} \right] * I_{zp_amb} * KN_{amb}^{ost} * Úhr_{amb_{ref}} * \frac{Hodnota_péče_{ref,ost}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}$$

kde:

I_{zp_amb} je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{zp_amb} = \max \left\{ 1; 1 + IZ_{GAUP} * \left[ARCTG \left(2,5 * \frac{Hodnota_péče_{2026,ost} * 1,04}{Hodnota_péče_{2024,ost}} - 1,118 \right) - 1 \right] \right\}$$

a kde:

$Hodnota_péče_{ref,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_péče_{2024,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2024,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2024,ost} * HB_{i,2026}\} + KP_{2024,ost} \right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2024,ost}$ je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v referenčním období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2026.

$KP_{2024,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6.

BON_{ost} je bonifikace pro ostatní ambulance, která se stanoví následovně:

$$BON_{ost} = 1 + BON_{16/7,ost} + BON_{objednávkový_systém}$$

kde:

$BON_{16/7,ost}$ je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,1 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí, a hodnoty 0 v ostatních případech.

$BON_{objednávkový_systém}$ je bonifikace za objednávkový systém, která se stanoví ve výši 0,04 pro poskytovatele, který po celé hodnocené období provozuje elektronický objednávkový systém, který ve specializovaných ambulancích umožňuje pojištěncům objednání na konkrétní hodinu a přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. Elektronický objednávkový systém musí umožňovat objednání alespoň na 25% souhrnné ordinační doby pracovišť specializovaných ambulancí (vyjma akutních a příjmových ambulancí), přičemž za každé pracoviště se do souhrnné ordinační doby započítává ordinační doba maximálně ve výši 35 hodin týdně; a ve výši 0 v ostatních případech.

a kde:

$Hodnota_péče_{2026,ost}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_péče_{2026,ost} = \left(\sum_{i=1}^n \{PB_{i,2025,ost} * HB_{i,2025}\} + KP_{2025,ost} \right) * BON_{ost}$$

kde:

$PB_{i,2026,ost}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde $i=1$ až n , kde n je počet výkonů podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6.

$KP_{2026,ost}$ je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6.

a kde:

KN_{amb}^{ost} je koeficient navýšení pro ostatní ambulance, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb}^{ost} = 1,08 + změnaBON_{16/7,ost} + BON_{objednávkový_systém}$$

kde:

$změnaBON_{16/7,ost}$ je změna v bonifikačních kritériích ostatních ambulancí mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se ve výši 0,1 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období poskytoval a v referenčním období neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí; ve výši 0 v případě, že poskytovatel v hodnoceném i referenčním období shodně poskytoval nebo neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí; a ve výši -0,1 v případě, že poskytovatel v referenčním období poskytoval a v hodnoceném období neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na dvou specializovaných ambulantních pracovištích, včetně příjmových ambulancí.

a kde:

$Úhr_amb_{ref}$ je referenční výše regulované ambulantní úhrady, která se vypočte následovně:

$$Úhr_amb_{ref} = \frac{Hodnota_péče_{ref}^{red}}{Hodnota_péče_{ref}}$$

kde:

$Úhr_amb_{2024}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1 až 7.10 a 7.13, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$Hodnota_péče_{ref}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.10 a 7.13 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota_péče_{ref}^{red}$ je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.1 až 7.6 v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

KN_{amb} je koeficient navýšení pro nemocniční ambulance, který se stanoví ve výši:

$$KN_{amb} = \frac{KN_{amb}^{ost} * Hodnota_péče_{ref,ost} + KN_{amb}^{kompl} * Hodnota_péče_{ref,kompl}}{Hodnota_péče_{ref}^{red}}$$

a kde:

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

a) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2026,ost}}{Hodnota_péče_{2024,ost}} \neq 1$, potom:

$$IZ_{GAUP} = \max \left[0; \min \left(1; \frac{\left(\frac{GAUP_{2026}}{GAUP_{2024}} - 1 \right)}{0,5 * \left(\frac{Hodnota_péče_{2026,ost}}{Hodnota_péče_{2024,ost}} - 1 \right)} \right) \right]$$

b) Pokud $\frac{Hodnota_péče_{2026,ost}}{Hodnota_péče_{2024,ost}} = 1$, potom $IZ_{GAUP} = 1$.

kde:

$GAUP_{2026}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v hodnoceném období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6.

$GAUP_{2024}$ je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.1, 7.2 a 7.4 až 7.6.

7.16V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.15 zahraničním pojištěncům nebo 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,40 Kč.

8. Ostatní úhrady

8.1 Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 12 000 Kč.

8.2 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,15 Kč.

8.3 Poskytovateli, který zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,5 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nastavbový obor

paliativní medicína nebo lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 1,0 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě konziliárních týmů pro děti, 0,5 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,5 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši $K \times 1\,886\,860$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli, který nesplňuje podmínky podle věty první, ale zajišťuje po celé hodnocené období paliativní péči prostřednictvím samostatného konziliárního týmu paliativní péče v rozsahu minimálně 0,3 úvazku lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nastavbový obor paliativní medicína nebo lékař se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, 0,5 úvazku všeobecné sestry, z toho minimálně 0,2 úvazku dětské sestry v případě konziliárních týmů pro děti, 0,25 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka a 0,25 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa se stanoví úhrada ve výši $K \times 943\,780$ Kč, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce. V případě, že poskytovatel má statut centra vysoce specializované onkologické péče, pojišťovna uhradí činnost až dvou konziliárních týmů paliativní péče pro dospělé. V případě, že poskytovatel zajišťuje současně s jedním nebo více konziliárními týmy pro dospělé i konziliární tým pro děti, pojišťovna uhradí činnost tohoto týmu navíc k týmům pro dospělé. Úhrada poskytovateli se dále navýší o 4 200 Kč za každý případ hospitalizace pacientů od 18 let a o 8 400 Kč za každý případ hospitalizace pacientů do 18 let, u kterého byl poskytovatelem vykázan a zdravotní pojišťovnou uznán výkon intervence konziliárního týmu paliativní péče.

8.4 Nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 1,70 Kč za každou uznanou položku na receptu, který vystavil v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

8.5 Poskytovateli, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, se úhrada navyšuje následovně:

$$\text{Úhrada}_{\text{refSítDRG}} = K * 10\,000\,000 + 120 * \text{PočetHP}_{\text{využité},2023} + 60 * \text{PočetHP}_{\text{nevyužité},2023}$$

kde:

K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde poskytovatel poskytuje zdravotní služby, podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

$\text{PočetHP}_{\text{využité},2023}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem v referenčním období zdravotní pojišťovně vykázaných a dle metodik Klasifikace validně sestavených, které byly použity pro výpočet relativních vah Klasifikace pro hodnocené období.

$\text{PočetHP}_{\text{nevyužité},2023}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem v referenčním období zdravotní pojišťovně vykázaných a dle metodik Klasifikace validně sestavených, které nebyly použity pro výpočet relativních vah Klasifikace pro hodnocené období.

- 8.6 Poskytovateli, který zajišťuje péči o pacienty se vzácným onemocněním, zapojenému do evropské referenční sítě podle směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU, se zvýší úhrada o $K \times 750\,000$ Kč za každou evropskou referenční síť, které je v hodnoceném období členem, kde K nabývá hodnoty od 0 do 1 odpovídající poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce. Poskytovateli podle věty první se současně zvýší úhrada o 250 Kč za každého globálního unikátního pojištěnce, na kterého v hodnoceném období vykázal výkony č. 09532 a 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.
9. 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.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za hodnocené období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.
11. V případě, že v rámci paušální úhrady hospitalizační péče $\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2026}$ bude podprodukce a současně bude $HP_{amb2026}$ větší než $UHR_{amb2026}$, pak ZP uhradí až do výše krácení úhrady $\dot{U}HR_{PU,CZ-DRG,2026}$ nadprodukcí v ambulantní složce nad výši $UHR_{amb2026}$ až do hodnoty skutečné $UHR_{amb2026}$.

C) Regulační omezení

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

1.1 Regulační omezení uvedená v bodě 1.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze

- a) pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. dubna 2026 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období, a zároveň
- b) pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.

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

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

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

1.4 Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší relativní váhou uvedenou v příloze č. 10 k této vyhlášce

u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný počet případů násobený relativní vahou (dále jen CM) takto:

a) při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

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

nebo

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

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

nebo

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

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

kde:

CM báze je součet relativních vah nebo úhradových tarifů příslušné DRG báze.

DRG báze jsou agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace.

DRG skupina je skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace.

Statisticky významný počet případů příslušné DRG báze

je více než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG báze u příslušného poskytovatele.

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG báze.

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

CM_{původní} je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou.

CM_{revidovaný} je počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený relativními váhami těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. 10, 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 2026 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
- a) celkovou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období,
 - b) celkovou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,
 - c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodu 7.1, 7.2, 7.4 a 7.10.
- 2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než **125 %** průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c), zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.
- 2.3 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za péči ve vyjmenovaných odbornostech vyžádanou odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), indikovanou při poskytování ambulantních služeb na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než **125 %** průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu a novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení součinem bodové hodnoty podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2025 a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

- 2.4 Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.
- 2.5 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- 2.6 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulační omezení uvedená v bodech 2.2 a 2.3.