

**Příloha č. 5** k protokolu z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2026 ve skupině poskytovatelů akutní lůžkové péče

## Návrh SZP ČR

### **DŘ na rok 2026**

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

Referenčním obdobím se rozumí rok 2024.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2026.

## **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 vyčleněnou z paušální úhrady podle bodu 4, 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<sup>1)</sup> (dále jen „Klasifikace“).
- 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 561 Kč, přičemž tyto výkony jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6. Hrazené služby podle bodu 7.12 písm. c), pokud jsou poskytnuty během hospitalizace pojištěnce, jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 3 až 6 a hradí se podle bodu 7.
- 1.4 Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, přičemž tyto léčivé přípravky a zdravotnické prostředky jsou vyjmuty z úhrady podle bodů 2.2 a 3 až 7.
- 1.5 Pro účely bodů 3 až 8 se poskytovatelem, který má statut centra vysoce specializované péče, rozumí poskytovatel, který je podle zákona o zdravotních službách držitelem statutu centra vysoce specializované zdravotní péče nebo centra vysoce specializované zdravotní péče pro pacienty se vzácným onemocněním, nebo spolupracujícím poskytovatelem s takovým poskytovatelem pro účely udělení nebo získání tohoto statutu.
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 6.
- 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.“), a dalších léčivých přípravků podle bodu 2.2.1 písm. c) a písm. d) podbodu i. a bodu 2.2.2 písm. q) 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.

---

<sup>1)</sup> Sdělení Českého statistického úřadu č. 281/2024 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG.

### 2.2.1 Pro léčivé přípravky:

- a) určené k léčbě onemocnění HIV/AIDS, spinální svalová atrofie, cystická fibróza nebo hereditární angioedém,
- b) určené k profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru,
- c) ATC skupiny M09AX09, nebo
- d) podané pojištěncům do 18 let, pokud jsou
  - i. hrazené podle § 16 zákona, nebo
  - ii. zařazené ve skupinách podle bodu 2.2.2, a to i v případě použití těchto léčivých přípravků způsobem podle § 8 odst. 4 zákona o léčivech,

se stanoví maximální úhrada na 1 podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2024; to neplatí, pokud mají tyto přípravky stanovenou výši úhrady podle jiných právních předpisů. Úhrada za léčivé přípravky uvedené v písmenech a) až d) nevstupuje do výpočtu podle bodu 2.2.2.

### 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, hypoparathyreóza, achondroplázie, křivice)
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, amyloidóza srdce, symptomatická hypertrofická obstrukční kardiomyopatie)
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, neurofibrom)
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 (sekundární trombocytopenie při onemocnění jater)

q)	Léčivé přípravky vyjmuté z metodiky výpočtu relativních vah podle Klasifikace - léčivé přípravky ATC skupin A16AB17, B01AX01, L01AB02, L01FX06, L01XL03, L01XL04, L01XL06, L01XL07, L01XL08 a L04AA41
r)	Ostatní – ostatní léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

se stanoví maximální úhrada za léčivé přípravky podané pojištěncům od 18 let takto:

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

kde:

$Uhr_{max,2026}$  je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

$Uhr_{i,2024}$  je celková úhrada v roce 2024 za léčivé přípravky ze skupiny  $i$ , podané pojištěncům, kteří nejpozději v referenčním období dovršili 18 let.

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

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny 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	1,25
b) Dýchací soustava 1	1,74
c) Dýchací soustava 2	1,52
d) Endokrinologie	1,37
e) Hematoonkologie	1,20
f) Imunitní systém	1,00
g) Infekce	1,10
h) Metabolické vady	1,28
i) Neurologie 1	1,32
j) Neurologie 2	1,06
k) Oběhový systém	1,40
l) Oftalmologie	1,02
m) Onkologie – solidní nádory	1,41
n) Revmatologie	1,01
o) Trávicí soustava	1,02
p) Hepatologie	1,58
q) Vyjmuté z Klasifikace	1,20
r) Ostatní	1,33

### 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  $ÚHR_{PU,CZ-DRG,2026}$  podle výrazu:

$$ÚHR_{PU,CZ-DRG,2026} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2026,CZ-DRG,A}}{0,99 * CM_{2024,CZ-DRG,A}} \right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2026,A}$$

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.

$EM_{2026,A}$  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 nejnížší.

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$a) \quad IPU = PU_{drg,2024} * 0,992$$

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 sjednaných bází 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 68 000 pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče a zároveň alespoň další 3 statuty center vysoce specializované péče nebo má alespoň 6 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 55 000 pro poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, a 47 000 pro ostatní poskytovatele.

$ZS_{2024,median}$  nabývá hodnoty 60 000 pro poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, a 54 000 pro ostatní poskytovatele.

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

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

b)  $CM_{red,2026,CZ-DRG,A}$  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 jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), menší nebo roven 75 nebo pokud  $PPR_{drg,A,2026,5} \leq 0,075 * PP_{drg,A,2026}$  nebo pokud  $PPR_{drg,A,2024,5} \leq 0,075 * PP_{drg,A,2024}$ , stanoví se redukovaný 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.

$PPR_{drg,A,2026,5}$  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 5.

$PPR_{drg,A,2024,5}$  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 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:

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

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 5, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.

A kde:

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

kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,A,5}$  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 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 zdravotní 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 zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce menší nebo roven 0,1.

c)  $I_{ZP}$  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 Úhrada vyčleněná z paušální úhrady zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.



- 4.2 Pro hrazené služby vyčleněné z paušální úhrady zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech C a E poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$\begin{aligned} \dot{U}HR_{red,vy\check{c}l,CZ-DRG,2026} \\ = \dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2024} * \min \left\{ 1; \frac{\dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2026}}{\dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2024}} \right\} * I_{ZP} - EM_{2026,CE} \end{aligned}$$

kde:

$$I_{ZP} = \max \left[ 1; ARCTG \left( 4,5 * \frac{\dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2026}}{\dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2024}} - 3 \right) \right]$$

a

$$\dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2026} = \left\{ \sum_{i=1}^n \left[ \sum_{j=1}^m \max(\dot{U}HR_{JPL,ij}; CM_{2026,CZ-DRG,CE,ij} * IZS_{2026,CZ-DRG,CE}) \right] * KC_{CE,i} \right\}$$

a kde:

$$\dot{U}HR_{vy\check{c}l,CZ-DRG,2024} = IZS_{vstupni,2026} * CM_{2024,CZ-DRG,CE}$$

a kde:

$CM_{2026,CZ-DRG,CE,ij}$  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 C a E k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce. Index  $i$  označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce. Index  $j$  označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny  $i$ .

$\dot{U}HR_{JPL,ij}$  je výše úhrady jednodenní péče pro případ hospitalizace  $j$  pacienta s diagnózou U54.1 nebo U54.2 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tyto diagnózy je možné u hospitalizace pacienta vykázat, zařazený podle Klasifikace do skupiny  $i$  vztažené k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce. U případů hospitalizací pacientů bez diagnóz uvedených ve větě první nebo u případů hospitalizací zařazených podle Klasifikace do skupin neuvedených v příloze č. 13 k této vyhlášce se tato proměnná a funkce maximum neuplatní.

$KC_{CE,i}$  je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu  $i$  vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, ve výši 1,05, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 statut centra

vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný statut centra vysoce specializované péče v částech C a E k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

$EM_{2026,CE}$  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 C a E k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$IZS_{2026,CZ-DRG,CE}$  je individuální základní sazba pro péči vyčleněnou z paušální úhrady, která se vypočte následovně:

1) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2026} \geq (1 + RK_{CE,horní}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2026,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,horní} * (1 + RK_{CE,horní}) * 0,96 * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{CE,horní}) * IZS_{vstupni,2026}$$

2) V případě, že:

$$IZS_{vstupni,2026} \leq (1 - RK_{CE,dolní}) * ZS_{CZ-DRG}$$

pak:

$$IZS_{2026,CZ-DRG,CE} = TS_{CE,dolní} * (1 - RK_{CE,dolní}) * 0,96 * ZS_{CZ-DRG} + (1 - TS_{CE,dolní}) * IZS_{vstupni,2026}$$

3) V ostatních případech:

$$IZS_{2026,CZ-DRG,CE} = IZS_{vstupni,2026}$$

kde:

$IZS_{vstupni,2026}$  je vstupní individuální základní sazba vypočtená následovně:

$$IZS_{vstupni,2026} = \frac{\left\{ (\dot{U}HR_{vyčl,2024} + \dot{U}HR_{ISU,EF}^{2024} + EM_{2024,EF}) * \left( \frac{CM_{2024,CZ-DRG,E}}{CM_{2024,CZ-DRG,EF1}} \right) + \left( \frac{CM_{2024,CZ-DRG,C}}{CM_{2024,CZ-DRG,A}} \right) * PU_{drg,2024} \right\}}{CM_{2024,CZ-DRG,CE}} * 0,992$$

kde:

$\dot{U}HR_{vyčl,2024}$  je celková výše úhrady za poskytovatelem vykazané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby, poskytnuté během hospitalizací přepočtených podle bodu 1.1 ukončených v referenčním období, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady.

$\dot{U}HR_{ISU,EF}^{2024}$  je celková úhrada poskytovateli za případy hospitalizací zařazené do individuálně smluvně sjednaných bází v referenčním období, a zároveň

zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce.

$EM_{2024,EF}$  je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v referenčním období, zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$CM_{2024,CZ-DRG,E}$  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 E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části E k této vyhlášce.

$CM_{2024,CZ-DRG,EF}$  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 E a F k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech E a F k této vyhlášce.

$CM_{2024,CZ-DRG,C}$  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 C k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části C k této vyhlášce.

$CM_{2024,CZ-DRG,CE}$  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 C a E k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech C a E k této vyhlášce.

$ZS_{CZ-DRG}$  je základní sazba pro CZ-DRG, která se stanoví následovně:

$$ZS_{CZ-DRG} = CZS_{CZ-DRG} * NM_{CMI}$$

kde:

$NM_{CMI}$  je nákladový modifikátor, který se pro poskytovatele se statutem alespoň jednoho centra vysoce specializované péče stanoví ve výši 1,2 v případě, že  $CMI \geq 2,4$ , a ve výši 1,08 v případě, že  $2,4 > CMI \geq 1,9$ . V ostatních případech a pro poskytovatele bez statutu centra vysoce specializované péče se nákladový modifikátor stanoví ve výši 1. Proměnná  $CMI$  je casemix-index vypočtený následovně:

$$CMI = \frac{CM_{2024,CZ-DRG}}{\max(1; PP_{drg,2024})}$$

kde:

$CM_{2024,CZ-DRG}$  je počet případů hospitalizací českých pojištěnců 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, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{drg,2024}$  je počet případů hospitalizací českých pojištěnců 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 k této vyhlášce.

a kde ostatní parametry obsažené v proměnných  $ZS_{CZ-DRG}$  a  $IZS_{2026,CZ-DRG,CE}$  jsou parametry implementace CZ-DRG s hodnotami podle následující tabulky:

Parametr	Název parametru	Hodnota
$CZS_{CZ-DRG}$	Centrální základní sazba pro CZ-DRG	81 000
$RK_{CE,horní}$	Horní risk-koridor	0,15
$RK_{CE,dolní}$	Dolní risk-koridor	0,1
$TS_{CE,horní}$	Horní tempo sbližování sazeb	0,5
$TS_{CE,dolní}$	Dolní tempo sbližování sazeb	0,5

## 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, D, F, G, H, I k této vyhlášce.

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

$$ÚHR_{PP,CZ-DRG,2026} = 0,96 * \left\{ \sum_{i=1}^n \left[ \sum_{j=1}^m \max(ÚHR_{PL,ij}; CM_{2026,CZ-DRG,BFG,ij} * ZS_{CZ-DRG}) \right] * KC_{BFG,i} \right\} + 0,96 * (CM_{red,2026,CZ-DRG,DH} * ZS_{CZ-DRG} * KP_{Krit} * K_{Trans}) + 0,96 * (CM_{2026,CZ-DRG,I,ij} * ZS_{CZ-DRG} * KC_{I,i}) - EM_{2026,BDFGHI}$$

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  $i$  vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce. Index  $i$  označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce. Index  $j$  označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny  $i$ .

$CM_{2026,CZ-DRG,I,ij}$  je případ hospitalizace  $j$  poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, zařazený podle Klasifikace do skupiny  $i$  vztažený k diagnóze, která je jednou ze skupin uvedených v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, oceněný relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části I k této vyhlášce. Index  $i$  označuje jednotlivé skupiny uvedené v příloze č. 10, části I k této vyhlášce. Index  $j$  označuje jednotlivé hospitalizační případy zařazené podle Klasifikace do skupiny  $i$ .

$EM_{2026,BDFGHI}$  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, D, F, G, H a I k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

$KC_{BFG,i}$  je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu  $i$  vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, ve výši 1,05, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, F a G k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný statut centra vysoce specializované péče v částech B, F a G k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

$KC_{I,i}$  je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu  $i$  vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, ve výši 1,25, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období statut centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii a ve výši 1,15 pro centra intermediární péče v perinatologii, ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.

$KP_{Krit}$  je koeficient plnění kritérií poskytování akutní psychiatrické péče, který nabývá hodnoty 1,03 v případě, že poskytovatel splňuje současně všechny podmínky uvedené v bodě 5.3. V ostatních případech  $KP_{Krit}$  nabývá hodnoty 0,93.

$X$  je proměnná podle bodu 3.2.

$K_{Trans}$  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 koeficient bonifikace za provoz centra duševního zdraví, který nabývá hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel alespoň v části hodnoceného období poskytoval služby v odbornosti 350, 360, 370 nebo 922 a hodnoty 0,06 v odbornosti 355 podle seznamu výkonů.

$K_{DS}$  je koeficient 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:

$$K_{TransNLP} = 0,07 * \sqrt{\frac{0,25 * PLNLP_{2018}}{PLNLP_{2030}}} * \min \left[ 1,1; \frac{PLNLP_{2018} - PLNLP_{2026}}{0,8 * (PLNLP_{2018} - PLNLP_{2030})} \right]$$

kde:  $PLNLP_{2018}$  je počáteční počet lůžek následné lůžkové péče před započítáním transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek odbornosti 3U5 a 3U6 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 odbornosti 3U5 a 3U6 s výjimkou lůžek ochranné léčby, který je podle transformačního plánu plánován k 31. prosinci 2030.

$PLNLP_{2026}$  je celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče odbornosti 3U5 a 3U6 s výjimkou lůžek ochranné léčby k 31. prosinci hodnoceného období.

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

$$CM_{red,2026,CZ-DRG,DH} = CM_{2026,CZ-DRG,DH} * \min \left\{ 1; X * \frac{\max(14; LOS_{2024,CZ-DRG,DH}^{median})}{LOS_{2026,CZ-DRG,DH}^{median}} \right\}$$

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 2026 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 kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období:

- 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,
- 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,
- 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:

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

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 2026 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 2026 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 2026 uvedenými v příloze č. 10, částech D a H k této vyhlášce.

$CM_{pod50,CZ-DRG,I,2026}$  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, části I k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části I k této vyhlášce.

$CM_{EU,CZ-DRG,I,2026}$  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, části I k této vyhlášce, vynásobených relativními váhami 2026 uvedenými v příloze č. 10, části I 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. 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  $i$ .

$KC_{BCEFG,i}$  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 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, pokud poskytovatel nemá po celé hodnocené období ani 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech B, C, E, F a G k této vyhlášce, a ve výši 1, pokud daná skupina nemá uveden žádný statut centra vysoce specializované péče v částech B, C, E, F a G k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle 1 den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykázán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.

$KC_{I,i}$  je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu  $i$  vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, části I k této vyhlášce, ve výši 1,25, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období statut centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii a ve výši 1,15 pro centra intermediární péče v perinatologii, ve výši 1 pro ostatní poskytovatele.



$EM_{pod50,EU,2026}$  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:

$$ZS_{pod50,EU} = 0,96 * CZS_{CZ-DRG} * NM_{pod50,EU,CMI}$$

kde:

$NM_{pod50,EU,CMI}$  je nákladový modifikátor, který se pro poskytovatele se statutem alespoň jednoho centra vysoce specializované péče stanoví ve výši 1,25 v případě, že  $CMI \geq 2,4$ , a ve výši 1,10 v případě, že  $2,4 > CMI \geq 1,9$ . V ostatních případech a pro poskytovatele bez statutu centra vysoce specializované péče se nákladový modifikátor stanoví ve výši 1. Proměnná  $CMI$  je casemix-index definovaný v bodu 4.2.

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 Výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle § 15.
- 7.2 Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 16.
- 7.3 Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,97 Kč.
- 7.4 Hrazené služby
  - a) poskytované poskytovateli v odbornostech 350, 355, 360, 370 a 922 podle seznamu výkonů, se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 1 písm. a) přílohy č. 3 k této vyhlášce,
  - b) poskytované poskytovateli v odbornostech 305, 306, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 podle 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,
  - c) poskytované poskytovateli v odbornosti 914 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hradí s hodnotou bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce,
  - d) poskytované v rámci samostatné ambulance psychiatrické krizové péče nebo v rámci samostatného pracoviště psychiatrické krizové péče podle bodu 7.14 v odbornostech

305, 308, 901 a 914 podle seznamu výkonů poskytovatelem splňujícím podmínky pro paušální bonifikaci za poskytování psychiatrické krizové péče při urgentním příjmu podle bodu 7.14 se hodnota bodu pro tyto hrazené služby stanoví ve výši 1,19 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů a pro výkony podle kapitoly 931 seznamu výkonů ve výši 1,33 Kč, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle písmen b) a c) se nepoužijí.

#### 7.5 Hrazené služby poskytované poskytovateli

- a) v odbornostech 905 a 927 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. c) přílohy č. 3 k této vyhlášce,
- b) v odbornosti 407 podle seznamu výkonů se úhrada stanoví podle části A bodu 1 přílohy č. 3 k této vyhlášce, přičemž navýšení podle části A bodu 1 písm. j) přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije,
- c) v odbornosti 008 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 1 písm. h) přílohy č. 3 k této vyhlášce.

7.6 Hrazené služby poskytované v odbornostech 210, 301, 302, 303, 304, 405, 502, 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, přičemž navýšení podle písmene e) se nepoužije.

7.7 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.

7.8 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 části B bodu 2 přílohy č. 6 k této vyhlášce a výpočet celkové výše úhrady podle části B bodu 1 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.

7.9 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.

7.10 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 1,00 Kč.

7.11 Výkon č. 88101 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.

#### 7.12 Výkony

- a) novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81753, 81755, 93121, 93123, 93124, 93281, 94297 a 94298 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč,
- b) záchytu a prevence karcinomu děložního hrdla č. 95198, 95199, 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, výkony časného záchytu karcinomu prostaty č. 81800 a 87012 podle seznamu výkonů a výkon č. 81733 podle seznamu výkonů vykázaný v souvislosti

se screeningem karcinomu kolorekta se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 1 přílohy č. 5 k této vyhlášce,

- c) č. 02125 podle seznamu výkonů poskytované poskytovateli v odbornostech 001 a 002 podle seznamu výkonů vykázané v souvislosti s podáním zvlášť účtovaného léčivého přípravku ATC skupiny J07BB02 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle části A bodu 5 písm. b) přílohy č. 2 k této vyhlášce.

### 7.13 Výkony

- a) č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli v odbornosti 105 podle seznamu výkonů, vykázané 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,
- b) screeningu karcinomu plic č. 25507 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli 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,
- c) časného zachytu karcinomu prostaty č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 podle seznamu výkonů, poskytované 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,
- d) časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 102 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,
- e) č. 89111 až 89131, 89663 až 89665 a 89951 až 89958 podle seznamu výkonů, a výkony č. 89970 poskytované poskytovateli v odbornosti 809 podle seznamu výkonů, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce.

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:

$$\begin{aligned} \dot{U}hr_{Urg,2026} = & K * \left( Paušální\_Úhrada_{urg,2026} + CKP_{bonifikace,2026}^{paušální} \right) + \\ & Úhrada\_PříjemZZS_{2026} + Výkonová\_Úhrada_{urg,2026} \end{aligned}$$

kde:

$K$  nabývá hodnoty od 0 do 1, přičemž pro poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé nebo statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby, se stanoví podle bodu 2 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde je zajišťován urgentní příjem, a pro ostatní poskytovatele se tento poměr stanoví podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce a odpovídá poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese, kde je zajišťován urgentní příjem.

$Paušální\_Úhrada_{urg,2026}$  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,
- b) 55 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu a), a který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,
- c) 9 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech a) a b), a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,
- d) 0 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech a) až c),
- e) výše paušální složky podle 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 provozu přesáhne 72 hodin za celé hodnocené období.

$\dot{U}hrada\_PrijemZZS_{2026}$  je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony č. 09564 podle seznamu výkonů, která se stanoví ve výši 1 000 Kč za každý výkon.

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

$$Výkonová\_Úhrada_{urg,2026} = \min[0,55 * (PB_{urg,2026} + KP_{urg,2026}); Limit_{urg,2026}]$$

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)  $K*100\,000\,000$  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,
- g)  $K*60\,000\,000$  Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenu f), a který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče podle zákona o zdravotních službách, a který zajišťuje urgentní příjem a současně zřizuje přidružené místo pro poskytování lékařské pohotovostní služby,

- h) K\*20 000 000 Kč pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech f) a g), 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 písmenech f) až h).

*CKP<sup>paušální</sup><sub>bonifikace,2026</sub>* 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 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<sup>paušální</sup><sub>bonifikace,2026</sub>* stanoví ve výši 1 000 000 Kč,
- k) poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické péče 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<sup>paušální</sup><sub>bonifikace,2026</sub>* stanoví ve výši 2 500 000 Kč.

7.14.1 Bonifikace *CKP<sup>paušální</sup><sub>bonifikace,2026</sub>* podle bodu 7.14 písm. j) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

- a) 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,
- b) 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,
- c) 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 Bonifikace *CKP<sup>paušální</sup><sub>bonifikace,2026</sub>* podle bodu 7.14 písm. k) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

- a) 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,
- b) 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,
- c) 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,

- d) 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 Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, 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, přičemž navýšení úhrady podle části A bodů 2, 6 a 7 přílohy č. 2 k této vyhlášce a regulační omezení podle části D přílohy č. 2 k této vyhlášce se pro tyto hrazené služby nepoužijí.

7.16 Pro specializovanou ambulantní péči, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodech 7.4 až 7.6, 7.13 a 7.14, 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. j) a bodu 2 písm. e) přílohy č. 3 k této vyhlášce, výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 3 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulační omezení podle části B přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužijí.

7.17 Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 807 až 810, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů, s výjimkou hrazených služeb uvedených v bodech 7.11, 7.12 a 7.13 písm. e), se hodnota bodu stanoví:

- a) v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 písm. b) a c) a bodů 5 a 6 a výpočet celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužijí,
- b) v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 812 až 818 a 823 podle seznamu výkonů ve výši hodnoty bodu podle části B bodu 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce, přičemž výpočet celkové výše úhrady podle části B bodu 3 přílohy č. 5 k této vyhlášce se nepoužije.

7.18 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 výše úhrady podle části A bodu 5 přílohy č. 4 k této vyhlášce, a regulační omezení podle části C přílohy č. 4 k této vyhlášce se nepoužijí. Hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám v souvislosti se zaevidováním těhotné pojištěnky ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče k porodu a předporodní ambulantní péči v odbornostech 603 nebo 604 podle seznamu výkonů uhradí zdravotní pojišťovna souhrnnou úhradou ve výši 2 290 Kč. Souhrnná úhrada je uhrazena poskytovateli, který pojištěnku zaevidoval k porodu na základě žádanky registrujícího poskytovatele odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů, 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. 09119, 63022, 63023, 63055, 63115, 63415 a 63417 podle seznamu výkonů, přičemž tyto výkony nejsou v období

mezi 36. týdnem těhotenství a porodem vykazovány podle seznamu výkonů ani poskytovatelem, který těhotnou pojištěnku zaevidoval k porodu, ani jinými poskytovateli, 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. Souhrnná úhrada poskytovateli lůžkové péče nevylučuje současnou úhradu registrujícímu poskytovateli ambulantní péče za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství podle části A bodu 4 písm. c) přílohy č. 4 k této vyhlášce a úhradu registrující ambulanci u poskytovatele 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.

- 7.19 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 výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.20 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 výše úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce se nepoužije.
- 7.21 Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 7.15 až 7.20 se stanoví ve výši:

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

kde:

$Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{2024}}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15 až 7.20 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{2024}} = Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{2024,kompl}} + Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{2024,ost}}$$

a kde:

$Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{2026}}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15 až 7.20 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{2026}} = Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{2026,kompl}} + Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{2026,ost}}$$

a kde:

$\dot{U}hr_{amb_{2026,kompl}}$  je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.17, která se stanoví ve výši:

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

kde:

$Hodnota_{p\acute{e}\acute{c}e_{ref,kompl}}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 v referenčním období, oceněné

podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

$Hodnota\_péče_{2024,kompl}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2024,kompl} = \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2024,kompl} * HB_{i,2026,kompl}\} + KP_{2024,kompl}$$

kde:

$PB_{i,2024,kompl}$  je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodu 7.17 poskytnuté v referenčním období, kde  $i=1$  až  $n$ , kde  $n$  je počet výkonů podle bodu 7.17, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2026,kompl}$  je hodnota bodu příslušící danému výkonu  $i$  podle bodu 7.17, kde  $i=1$  až  $m$ , kde  $m$  je počet výkonů podle bodu 7.17.

$KP_{2024,kompl}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.17.

$Hodnota\_péče_{2026,kompl}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2026,kompl} = \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2026,kompl} * HB_{i,2026}\} + KP_{2026,kompl}$$

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 7.17.

$KP_{2026,kompl}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17.

a kde:

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

$$KN_{amb}^{kompl} = 0,964 + zmēnaBON_{kompl}$$

kde:

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

$$zmēnaBON_{kompl} = zmēnaBON_{prodloužený\_režim}^{kompl} + BON_{akreditace}$$

kde:

$zmēnaBON_{prodloužený\_režim}^{kompl}$  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 <b>hodnoceném období</b> 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 <b>referenčním období</b> v rozsahu:	<12/7	0	0	0	0
	12/7	0	0	0	0
	16/7	-0,03	-0,01	0	0
	24/7	-0,03	-0,01	0	0

a kde:

$Úhr\_amb_{2026,ost}$  je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16, a 7.18 až 7.20, která se stanoví ve výši:

$$Úhr\_amb_{2026,ost} = \min \left[ 1; \frac{Hodnota\_péče_{2026,ost}}{Hodnota\_péče_{2024,ost}} \right] * I_{zp\_amb} * KN_{amb}^{ost} * \frac{Hodnota\_péče_{ref,ost}}{Hodnota\_péče_{ref}^{red}}$$

kde:

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

$$I_{zp\_amb} = \max \left\{ 1; 1 + IZ_{GAUP} * \left[ ARCTG \left( 2,6 * \frac{Hodnota\_péče_{2026,ost}}{Hodnota\_péče_{2024,ost}} - 1,069 \right) - 1 \right] \right\}$$

a kde:

$Hodnota\_péče_{ref,ost}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20 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 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2024,ost} = \sum_{i=1}^n \{ PB_{i,2024,ost} * HB_{i,2026,ost} \} + KP_{2024,ost}$$

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 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

$HB_{i,2026,ost}$  je hodnota bodu příslušící danému výkonu  $i$  podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20, kde  $i=1$  až  $m$ , kde  $m$  je počet výkonů podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20

$KP_{2024,ost}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

a kde:

$Hodnota\_péče_{2026,ost}$  je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

$$Hodnota\_péče_{2026,ost} = \sum_{i=1}^n \{PB_{i,2026,ost} * HB_{i,2026,ost}\} + KP_{2026,ost}$$

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 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

$KP_{2026,ost}$  je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

a kde:

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

$$KN_{amb}^{ost} = 0,964$$

kde:

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

$$Úhr\_amb_{ref} = \frac{Hodnota\_péče_{ref}^{red}}{Hodnota\_péče_{ref}} * \min[Hodnota\_péče_{ref}; 0,5 * Úhr\_amb_{2024} + 0,5 * Hodnota\_péče_{ref}]$$

kde:

$Úhr\_amb_{2024}$  je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.1, 7.2, 7.5 písm. b), 7.6, 7.8, 7.9, 7.10 a 7.15 až 7.20, 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, 7.2, 7.5. písm. b), 7.6, 7.8, 7.9, 7.10 a 7.15 až 7.20 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 7.15 až 7.20 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 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

$GAUP_{2024}$  je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly v referenčním období vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

7.22 V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby uvedené v bodech 7.1 až 7.20 zahraničním pojištěncům nebo 50 a méně unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,02 Kč a bod 7.21 se nepoužije.

## 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 1,01 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 nástavbový 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  $K \times 1\,950\,000$  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 nástavbový 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  $K \times 975\,000$  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 2 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 4 300 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců od 18 let a o 8 600 Kč za každý případ hospitalizace pojištěnců do 18 let, u kterého byl poskytovatelem vykázán a zdravotní pojišťovnou uznán výkon intervence konziliárního týmu paliativní péče.

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

$$Úhrada_{ref\,sítě\,DRG} = K * 1000000 + 100 * PočetHP_{validní,2024}$$

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.

$PočetHP_{validní,2024}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem v roce 2024 zdravotní pojišťovně vykázaných a podle metodik Klasifikace validně sestavených, které byly použity pro výpočet relativních vah Klasifikace pro hodnocené období.

- 8.5 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  $K \times 1\,000\,000$  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 127 Kč za každého globálního unikátního pojištěnce, na kterého v hodnoceném období vykázal výkon č. 99976 podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.

- 8.6 Poskytovateli se zvýší úhrada o 350 Kč za každý případ hospitalizace poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období a zařazený podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze č. 14-I01-01 až 14-I01-04 a 14-M01-01 až 14-M01-04 uvedených v příloze č. 10, části E k této vyhlášce, u kterého byl kterýmkoliv poskytovatelem v odbornosti 603 nebo 921 podle seznamu výkonů vykázan výkon č. 06211 podle seznamu výkonů provedený do 6 týdnů od ukončení této hospitalizace.
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.

### 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 hodnoceného období hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním 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 nebo 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 nebo 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 vahou 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:

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

nebo

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

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

kde:

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

DRG baze 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<sub>původní</sub> 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<sub>revidovaný</sub> 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 hodnoceného období 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 vyžádanou při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem,
- c) počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18.

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 léčivých přípravků ATC skupiny H01AC01, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 110 % 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 při poskytování ambulantních služeb odbornostmi uvedenými v bodě 2.1 písm. c), s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v bodě 2.1 písm. c) vyšší než 110 % 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, novorozeneckého laboratorního screeningu č. 81747, 81755, 81753, 93121, 93124, 93281 a 93123 podle seznamu výkonů, výkony screeningu karcinomu prostaty a výkony časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty 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 hodnoceného období a hodnoty bodu platné v hodnoceném období.

2.4 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.

- 2.5 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.



**Koeficienty poměru počtu pojištěnců****1. Koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese**

OKRES	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
BENEŠOV	0,630	0,064	0,025	0,083	0,000	0,198	0,000
BEROUN	0,462	0,049	0,320	0,087	0,000	0,082	0,000
BLANSKO	0,634	0,045	0,021	0,027	0,000	0,273	0,000
BRNO-MĚSTO	0,579	0,095	0,070	0,058	0,000	0,198	0,000
BRNO-VENKOV	0,576	0,082	0,095	0,047	0,000	0,200	0,000
BRUNTÁL	0,389	0,080	0,169	0,053	0,000	0,238	0,071
BŘECLAV	0,577	0,048	0,146	0,038	0,000	0,191	0,000
ČESKÁ LÍPA	0,653	0,121	0,082	0,045	0,017	0,082	0,000
ČESKÉ BUDĚJOVICE	0,578	0,155	0,031	0,054	0,000	0,182	0,000
ČESKÝ KRUMLOV	0,659	0,114	0,028	0,032	0,000	0,166	0,000
DĚČÍN	0,617	0,058	0,155	0,052	0,000	0,119	0,000
DOMAŽLICE	0,765	0,061	0,027	0,040	0,000	0,107	0,000
FRÝDEK- MÍSTEK	0,301	0,000	0,442	0,015	0,000	0,051	0,191
HAVLÍČKŮV BROD	0,653	0,048	0,167	0,038	0,000	0,093	0,000
HODONÍN	0,441	0,030	0,223	0,025	0,000	0,155	0,126
HRADEC KRÁLOVÉ	0,532	0,170	0,049	0,057	0,000	0,191	0,000
CHEB	0,670	0,094	0,066	0,050	0,000	0,120	0,000
CHOMUTOV	0,740	0,035	0,123	0,023	0,000	0,079	0,000
CHRUDIM	0,724	0,067	0,063	0,048	0,000	0,097	0,000
JABLONEC NAD NISOU	0,810	0,058	0,000	0,046	0,000	0,086	0,000
JESENÍK	0,481	0,052	0,350	0,016	0,000	0,099	0,000
JIČÍN	0,686	0,044	0,029	0,039	0,061	0,141	0,000
JIHLAVA	0,799	0,042	0,052	0,032	0,000	0,075	0,000
JINDŘICHŮV HRADEC	0,700	0,117	0,036	0,028	0,000	0,118	0,000
KARLOVY VARY	0,707	0,072	0,056	0,068	0,000	0,097	0,000
KARVINÁ	0,263	0,000	0,238	0,010	0,000	0,059	0,430
KLADNO	0,425	0,034	0,410	0,056	0,000	0,074	0,000
KLATOVY	0,634	0,088	0,138	0,043	0,000	0,097	0,000
KOLÍN	0,696	0,051	0,035	0,080	0,000	0,138	0,000
KROMĚŘÍŽ	0,433	0,043	0,093	0,031	0,000	0,132	0,269
KUTNÁ HORA	0,482	0,123	0,261	0,044	0,000	0,090	0,000
LIBEREC	0,717	0,120	0,011	0,070	0,000	0,083	0,000
LITOMĚŘICE	0,702	0,093	0,010	0,066	0,000	0,127	0,000

<b>LOUNY</b>	0,773	0,065	0,035	0,033	0,000	0,093	0,000
<b>MĚLNÍK</b>	0,657	0,047	0,038	0,123	0,014	0,121	0,000
<b>MLADÁ BOLESLAV</b>	0,279	0,014	0,000	0,018	0,667	0,022	0,000
<b>MOST</b>	0,828	0,011	0,032	0,022	0,000	0,095	0,012
<b>NÁCHOD</b>	0,658	0,075	0,080	0,039	0,000	0,147	0,000
<b>NOVÝ JIČÍN</b>	0,339	0,019	0,215	0,016	0,000	0,072	0,339
<b>NYMBURK</b>	0,614	0,055	0,065	0,085	0,050	0,130	0,000
<b>OLOMOUC</b>	0,235	0,149	0,434	0,034	0,000	0,148	0,000
<b>OPAVA</b>	0,345	0,017	0,302	0,028	0,000	0,086	0,222
<b>OSTRAVA</b>	0,242	0,000	0,387	0,022	0,000	0,090	0,260
<b>PARDUBICE</b>	0,679	0,098	0,065	0,055	0,000	0,104	0,000
<b>PELHŘIMOV</b>	0,797	0,036	0,034	0,035	0,000	0,098	0,000
<b>PÍSEK</b>	0,695	0,087	0,043	0,049	0,000	0,126	0,000
<b>PLZEŇ - JIH</b>	0,545	0,090	0,112	0,078	0,000	0,174	0,000
<b>PLZEŇ - MĚSTO</b>	0,545	0,090	0,112	0,078	0,000	0,174	0,000
<b>PLZEŇ - SEVER</b>	0,545	0,090	0,112	0,078	0,000	0,174	0,000
<b>PRAHA- HL.MĚSTO</b>	0,623	0,053	0,015	0,206	0,000	0,103	0,000
<b>PRAHA- VÝCHOD</b>	0,574	0,064	0,033	0,213	0,000	0,116	0,000
<b>PRAHA-ZÁPAD</b>	0,598	0,057	0,026	0,207	0,000	0,113	0,000
<b>PRACHATICE</b>	0,608	0,139	0,071	0,036	0,000	0,146	0,000
<b>PROSTĚJOV</b>	0,292	0,072	0,555	0,017	0,000	0,064	0,000
<b>PŘEROV</b>	0,572	0,099	0,089	0,035	0,000	0,158	0,047
<b>PŘÍBRAM</b>	0,725	0,063	0,038	0,055	0,000	0,120	0,000
<b>RAKOVNÍK</b>	0,566	0,042	0,220	0,049	0,000	0,122	0,000
<b>ROKYCANY</b>	0,545	0,090	0,112	0,078	0,000	0,174	0,000
<b>RYCHNOV NAD KNĚŽNOU</b>	0,570	0,090	0,021	0,035	0,150	0,134	0,000
<b>SEMILY</b>	0,739	0,044	0,016	0,055	0,062	0,083	0,000
<b>SOKOLOV</b>	0,616	0,065	0,163	0,048	0,000	0,108	0,000
<b>STRAKONICE</b>	0,668	0,114	0,038	0,049	0,000	0,131	0,000
<b>SVITAVY</b>	0,791	0,042	0,035	0,028	0,000	0,104	0,000
<b>ŠUMPERK</b>	0,460	0,029	0,380	0,028	0,000	0,103	0,000
<b>TÁBOR</b>	0,493	0,153	0,136	0,072	0,000	0,146	0,000
<b>TACHOV</b>	0,667	0,125	0,050	0,038	0,000	0,120	0,000
<b>TEPLICE</b>	0,725	0,081	0,056	0,045	0,000	0,093	0,000
<b>TRUTNOV</b>	0,453	0,049	0,116	0,054	0,141	0,188	0,000
<b>TŘEBÍČ</b>	0,705	0,065	0,121	0,020	0,000	0,090	0,000
<b>UHERSKÉ HRADIŠTĚ</b>	0,560	0,035	0,134	0,029	0,000	0,242	0,000
<b>ÚSTÍ NAD LABEM</b>	0,391	0,154	0,023	0,155	0,000	0,277	0,000

<b>ÚSTÍ NAD ORLICÍ</b>	0,536	0,083	0,111	0,042	0,000	0,228	0,000
<b>VSETÍN</b>	0,605	0,021	0,097	0,019	0,000	0,063	0,196
<b>VYŠKOV</b>	0,527	0,130	0,101	0,049	0,000	0,193	0,000
<b>ZLÍN</b>	0,758	0,019	0,145	0,035	0,000	0,043	0,000
<b>ZNOJMO</b>	0,544	0,053	0,133	0,018	0,000	0,252	0,000
<b>ŽDÁR NAD SÁZAVOU</b>	0,634	0,027	0,124	0,023	0,000	0,191	0,000

## 2. Koefficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu

<b>Region</b>	<b>VZP</b>	<b>VoZP</b>	<b>ČPZP</b>	<b>OZP</b>	<b>ZPŠ</b>	<b>ZPMV</b>	<b>RBP</b>
<b>Jihočeský kraj</b>	0,614	0,132	0,054	0,049	0,000	0,151	0,000
<b>Jihomoravský kraj</b>	0,554	0,074	0,105	0,043	0,000	0,204	0,020
<b>Plzeňský kraj + Karlovarský kraj</b>	0,614	0,086	0,099	0,063	0,000	0,138	0,000
<b>Královehradecký kraj + Pardubický kraj</b>	0,618	0,086	0,067	0,046	0,032	0,151	0,000
<b>Středočeský kraj + Praha</b>	0,586	0,053	0,067	0,153	0,036	0,106	0,000
<b>Kraj Vysočina</b>	0,714	0,044	0,102	0,029	0,000	0,112	0,000
<b>Liberecký kraj</b>	0,721	0,095	0,027	0,057	0,017	0,083	0,000
<b>Moravskoslezský kraj</b>	0,290	0,017	0,316	0,021	0,000	0,085	0,272
<b>Olomoucký kraj</b>	0,365	0,097	0,369	0,029	0,000	0,124	0,015
<b>Ústecký kraj</b>	0,679	0,072	0,064	0,058	0,000	0,127	0,000
<b>Zlínský kraj</b>	0,611	0,028	0,121	0,029	0,000	0,112	0,099

**Skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relativními váhami těchto skupin****Seznam zkratk pro části B, C, E, F, G a I**

<b>Seznam center vysoce specializované péče a intermediární péče v perinatologii</b>	<b>Použitá zkratka</b>
Centrum vysoce specializované péče v oblasti transplantologie	Trans
Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé	HematoOnkoDosp
Centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče	Cerebro
Centrum vysoce specializované onkologické péče pro dospělé	OnkoDosp
Centrum vysoce specializované pneumoonkochirurgické péče	PneumoOnko
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé	KompKardioDosp
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro děti, která provádějí transplantace srdce a související výkony	KompKardioDěti_T
Centrum vysoce specializované spondylochirurgické péče	SpondyloChir
Centrum vysoce specializované onkourologické péče	OnkoUro
Centrum vysoce specializované péče v onkogynologii	OnkoGyn
Centrum vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii	IntenzivníPerinat
Centrum vysoce specializované péče pro pacienty s popáleninami	Pop
Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé	TraumaDosp
Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé, která provádějí transplantace srdce a související výkony	KompKardioDosp_T
Centrum vysoce specializované hematoonkologické péče pro děti	HematoOnkoDěti
Centrum vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie pro dospělé a děti	FarmEpilepsie
Centrum vysoce specializované péče o pacienty s iktem	Iktus
Centrum vysoce specializované péče o pacienty roztroušenou sklerózou a neuromyelitis optica pro dospělé a děti	RS
Centrum intermediární péče v perinatologii	IntermediárníPerinat
Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro děti	TraumaDěti
Centra vysoce specializované kardiovaskulární péče	Kardio
Centrum vysoce specializované kardiovaskulární péče pro děti	KardioDěti
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti hepatopankreatobiliárních onemocnění	HPB
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu rekta	Rektum
Centrum vysoce specializované chirurgické péče v oblasti karcinomu jícnu a gastroezofageální junkce	Jícen

<b>Další použité zkratky</b>	<b>Použitá zkratka</b>
Koeficient centralizace	KC

Části A, B, C, D, F, G a H v rozsahu vyhlášky č. 314/2024 Sb.

Z Části E jsou vytaženy hrazené služby za implantace totálních endoprotéz kyčle a kolene, vaginální porody/porody císařským řezem a novorozence, pro které je nově vytvořena Část I.

## Část I

**Homogenní hrazené služby klasifikované doází, které byly v referenčním období hrazeny úhradou vyčleněnou z paušální úhrady a v hodnoceném období jsou hrazeny případovým paušálem**

CZ-DRG báze kód	CZ-DRG skupina - kód	Část I - CZ-DRG skupina – název	CZ-DRG - relativní váha	Centra specializované péče	KC
08-I05	08-I05-04	Implantace necementované totální endoprotézy kyčle	2,12698	-	-
08-I05	08-I05-05	Implantace hybridní totální endoprotézy kyčle	1,88230	-	-
08-I05	08-I05-06	Implantace cementované totální endoprotézy kyčle	1,81922	-	-
08-I06	08-I06-04	Implantace totální endoprotézy kolene	5,92497	-	-
14-I01	14-I01-01	Porod císařským řezem v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,36567	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-I01	14-I01-02	Porod císařským řezem v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,12047	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-I01	14-I01-03	Porod císařským řezem mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	1,24965	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-I01	14-I01-04	Porod císařským řezem mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo po vedení porodu vaginálně	1,28648	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-I01	14-I01-05	Porod jediného dítěte císařským řezem bez závažné diagnózy	0,83294	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-M01	14-M01-01	Vaginální porod v CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,84351	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-M01	14-M01-02	Vaginální porod v CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,73691	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-M01	14-M01-03	Vaginální porod mimo CVSP se závažnou diagnózou nebo s výkonem pro komplikaci	0,76838	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-M01	14-M01-04	Vaginální porod mimo CVSP při mnohočetném těhotenství nebo s revizí po porodu	0,73996	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
14-M01	14-M01-05	Vaginální porod jediného dítěte bez závažné diagnózy	0,57019	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K02	15-K02-02	Novorozenci s hmotností do 1500 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 30. týdne	4,44099	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K02	15-K02-03	Novorozenci s hmotností do 1500 g bez velmi závažné diagnózy a s gestačním stářím od 31. týdne	3,19423	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K03	15-K03-01	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	2,66130	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K03	15-K03-02	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g a závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,61043	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15

<b>CZ-DRG báze kód</b>	<b>CZ-DRG skupina kód</b>	<b>Část I - CZ-DRG skupina – název</b>	<b>CZ-DRG - relativní váha</b>	<b>Centra specializované péče</b>	<b>KC</b>
15-K03	15-K03-03	Novorozenci s hmotností 1500-1999 g bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	1,33428	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K04	15-K04-01	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	1,78114	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K04	15-K04-02	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	0,84329	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K04	15-K04-03	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení mimo CVSP a se závažnou nebo velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 36. týdne	0,59998	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K04	15-K04-04	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g narození v daném zdravotnickém zařízení bez závažné diagnózy a s gestačním stářím od 37. týdne	0,39102	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K06	15-K06-01	Novorozenci s hmotností 2000 a více g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a s velmi závažnou diagnózou nebo gestačním stářím do 33. týdne	1,55128	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15
15-K06	15-K06-02	Novorozenci s hmotností 2000-2499 g nenarození v daném zdravotnickém zařízení v CVSP a se závažnou diagnózou nebo gestačním stářím od 34. do 36. týdne	1,05288	IntenzivníPerinat IntermediárníPerinat	1,25 1,15

## **Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky hrazené podle přílohy č. 1 části A bodu 1.4**

### **1. Podle přílohy č. 1 části A bodu 1.4 se hradí:**

#### **1.1 Léčivé přípravky následujících ATC skupin:**

B02BB01  
B02BD01  
B02BD02  
B02BD03  
B02BD04  
B02BD05  
B02BD06  
B02BD07  
B02BD08  
B02BD10  
B02BX06  
B05AA02  
J07BB02  
V03AB38

#### **1.2 Individuálně vyráběné léčivé přípravky podle dokumentu zdravotních pojišťoven závazného pro poskytovatele na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou:**

Kryoprotein (0207926)  
Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)  
Plazma rekonvalescentní (0207928)  
Plazma rekonvalescentní patogen-inaktivovaná (0207929, 0207922)

#### **1.3 Sériově vyráběné zdravotnické prostředky podle dokumentu zdravotních pojišťoven závazného pro poskytovatele na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou:**

Implantabilní zdravotnické prostředky do kostní tkáně – nitrodřeňové hřeby a distraktory pro prolongaci dlouhé kosti:

30142642  
30143182  
30143184  
30143211  
30143222  
30143223

Adsorpční kolony pro opakované použití:

30169494  
30194428

Systém pro vnitřně-zevní punkci:

30153314

Implantát – umělá náhrada pro obnovu chrupavky:

30194910