****

**NÁVRH ANČR**

**ke stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026 za segment akutní lůžkové péče**

**28. 5. 2025**

Příloha č. 1 k vyhlášce č. …./2025 Sb.

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

* 1. **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. 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 2025[[1]](#footnote-1)) (dále jen „Klasifikace“).
   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.
   3. Pro výkony **OD 00031 a 00032** se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši **580 K**č, 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.
   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.
   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
3. 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.**
4. 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.
   * 1. Pro léčivé přípravky:
5. určené k léčbě onemocnění **HIV/AIDS, spinální svalová atrofie, cystická fibróza** nebo **hereditární angioedém**,
6. určené k **profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru,**
7. ATC skupiny **M09AX09**, nebo
8. **podané pojištěncům do 18 let**, pokud jsou
   1. **hrazené podle § 16 zákona**, nebo
   2. **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**, nebo
9. ATC skupin A16AB17, B01AX01, L01AB02, L01FX06, L01XL03, L01XL04, L01XL06, L01XL07, L01XL08 a L04AA41,

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.**

1. Pro skupiny:

|  |
| --- |
| * + - * 1. Dermatologie (aktinická keratóza, psoriáza těžká a jiná kožní onemocnění) |
| * + - * 1. Dýchací soustava 1 (astma, CHOPN) |
| * + - * 1. Dýchací soustava 2 (idiopatická plicní fibróza, intersticiální pneumonie) |
| * + - * 1. Endokrinologie (akromegalie, endokrinní oftalmopatie, toxická struma štítné žlázy, růstové hormony, hypoparathyreóza, achondroplázie, křivice) |
| * + - * 1. Hematoonkologie (leukemie, lymfomatózní meningitida, lymfomy, myelo-dysplastické syndromy, podpůrná hematoonkologie, zhoubné imunoproliferativní nemoci, hematologie, mnohočetný myelom) |
| * + - * 1. Imunitní systém (autoinflamatorní onemocnění, digitální ulcerace u systémové sklerodermie, polyangiitida, transplantace) |
| * + - * 1. Infekce (hepatitida C) |
| * + - * 1. Metabolické vady (Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Niemann-Pickova choroba, metabolické vady) |
| * + - * 1. Neurologie 1 (epilepsie, narkolepsie, migréna, Parkinsonova choroba, substituční léčba) |
| * + - * 1. Neurologie 2 (roztroušená skleróza) |
| * + - * 1. Oběhový systém (plicní arteriální hypertenze, amyloidóza srdce, symptomatická hypertrofická obstrukční kardiomyopatie) |
| * + - * 1. 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) |
| * + - * 1. 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) |
| * + - * 1. Revmatologie (Bechtěrevova choroba, artritida, systémový lupus erythematosus, psoriatická artritida) |
| * + - * 1. Trávicí soustava (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, syndrom krátkého střeva) |
| * + - * 1. Hepatologie – onemocnění jater a žlučových cest (sekundární trombocytopenie při onemocnění jater) |
| * + - * 1. **Léčivé přípravky vyjmuté z metodiky výpočtu relativních vah podle Klasifikace (neuvedené ATC)** |
| * + - * 1. 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:

kde:

je maximální úhrada v hodnoceném období.

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

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

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

Maximální úhrada je stanovena pro všechny skupiny dohromady.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Skupina** | **Index navýšení úhrady 2026** |
| a) Dermatologie | 1,30 |
| b) Dýchací soustava 1 | 1,82 |
| c) Dýchací soustava 2 | 1,60 |
| d) Endokrinologie | 1,43 |
| e) Hematoonkologie | 1,26 |
| f) Imunitní systém | 1,10 |
| g) Infekce | 1,16 |
| h) Metabolické vady | 1,34 |
| i) Neurologie 1 | 1,50 |
| j) Neurologie 2 | 1,11 |
| k) Oběhový systém | 1,47 |
| l) Oftalmologie | 1,07 |
| m) Onkologie – solidní nádory | 1,48 |
| n) Revmatologie | 1,06 |
| o) Trávicí soustava | 1,07 |
| p) Hepatologie | 1,66 |
| **q) Vyjmuté z Klasifikace** | **1,26** |
| r) Ostatní | 1,39 |

* + 1. Na poskytování a podmínkách úhrady léčby léčivými přípravky poskytnutými pojištěncům v hodnoceném období nad celkový limit úhrady stanovený podle bodů 2.2.1 až 2.2.3 se dohodne zdravotní pojišťovna s poskytovatelem před vyčerpáním celkového limitu na základě predikce celkového objemu léčby zaslaného poskytovatelem nejpozději k 31.8.2026 a/nebo nejpozději do 15 pracovních dní od data doručení predikce pojišťovně.

1. Paušální úhrada
   1. Paušální úhrada zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10, části A k této vyhlášce.
   2. Výše paušální úhrady se stanoví jako podle výrazu:

kde:

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.

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

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

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

a)

kde:

je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou, která se vypočte následovně:

kde:

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.

je celková výše paušální úhrady uhrazená poskytovateli v referenčním období.

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.

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.

funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

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:

kde:

nabývá hodnoty 55 000 pro poskytovatele, kteří zajišťují péči na **urgentním příjmu,** a 47 000 pro ostatní poskytovatele.

nabývá hodnoty 60 000 pro poskytovatele, kteří zajišťují péči na urgentním příjmu, a 54 000 pro ostatní poskytovatele.

je referenční individuální základní sazba pro paušální úhradu, která se vypočte následovně:

b) se vypočítá následovně

1. 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 nebo pokud , stanoví se redukovaný casemix takto:

kde:

 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.

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.

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.

 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.

 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.

1. V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví takto:

kde:

 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:

kde:

 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.

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) **IZP**je index změny produkce vypočtený takto:

1. Úhrada vyčleněná z paušální úhrady
   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.
   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:

kde:

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*.

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.

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.

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.

je individuální základní sazba pro péči vyčleněnou z paušální úhrady, která se vypočte následovně:

1. V případě, že:

pak:

1. V případě, že:

pak:

1. V ostatních případech:

kde:

je vstupní individuální základní sazba vypočtená následovně:

kde:

je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

je základní sazba pro CZ-DRG, která se stanoví následovně:

kde:

je nákladový modifikátor, který se pro poskytovatele se statutem alespoň jednoho centra vysoce specializované péče stanoví ve **výši 1,2** v případě, že ***CMI*≥2,4, a ve výši 1,08** v případě, že **2,4>*CMI*≥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:

kde:

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.

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 a jsou parametry implementace CZ-DRG s hodnotami podle následující tabulky:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametr** | **Název parametru** | **Hodnota** |
|  | Centrální základní sazba pro CZ-DRG | 86 000 |
|  | Horní risk-koridor | 0,20 |
|  | Dolní risk-koridor | 0,10 |
|  | Horní tempo sbližování sazeb | 0,33 |
|  | Dolní tempo sbližování sazeb | 0,33 |

1. Úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG
   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 a H k této vyhlášce.
   2. Výše úhrady formou případového paušálu se stanoví jako podle výrazu:

kde:

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, 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*.

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 a H k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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.

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 se sníží při neplnění podmínky a) nebo b) o 0,01 za každý započatý procentní bod, spočtený jako součet procent, o která došlo k překročení podmínky a) nebo b), kdy maximální snížení koeficientu **za neplnění kritérii a) nebo b) nabývá hodnoty 0,1; při neplnění podmínky c) se snižuje na hodnotu 0,93** a k neplnění podmínek a) a b) se nepřihlíží. (spojka nebo je definována výrokovou logikou)

je proměnná podle bodu 3.2.

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

kde:

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, 355, 360, 370 nebo 922 a hodnoty 0,06 v odbornosti 355 podle seznamu výkonů.

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.

je **koeficient plnění transformačního plánu** a redukce následné lůžkové péče, který se vypočte následovně:

kde: je počáteční počet lůžek následné lůžkové péče před započetím transformace, který se stanoví jako celkový počet lůžek následné lůžkové péče k 1. lednu 2018.

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

je celkový počet lůžek následné a dlouhodobé specializované psychiatrické lůžkové péče s výjimkou lůžek ochranné léčby k 31. prosinci hodnoceného období.

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:

V ostatních případech se redukovaný casemix stanoví následovně:

kde:

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.

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.

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 následující referenční hodnotu:

* 1. Vyhodnocení **plnění následujících kritérií poskytování akutní psychiatrické péče** provede zdravotní pojišťovna do 20. května kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období:
     1. 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,
     2. 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,
     3. 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.

1. 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:

kde:

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.

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.

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.

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*.

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.

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.

**je základní sazba CZ-DRG pro zahraniční pojištěnce a pod 50 případů hospitalizací, která se stanoví následovně:**

kde:

je nákladový modifikátor, který se pro poskytovatele se statutem alespoň jednoho centra vysoce specializované péče stanoví ve výši **1,25 v případě, že *CMI*≥2,4, a ve výši 1,10 v případě, že 2,4>*CMI*≥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.

1. Ambulantní složka úhradyzahrnuje 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.
   1. Výkony poskytované poskytovateli **zdravotnické dopravní služby** se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou **bodu podle § 15.**
   2. Hrazené služby poskytované v rámci **lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 16.**
   3. Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti **006 podle seznamu výkonů se** hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši **1,03 Kč**.
   4. Hrazené služby
2. 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,
3. poskytované poskytovateli v odbornostech **305, 306, 308, 309, 901, 910, 919 a 931** se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu podle **části A bodu 1 písm. b) přílohy č. 3** k této vyhlášce násobenou koeficientem **BONost** podle bodu 7.21,
4. 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,
5. 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 1,22 Kč a v odbornosti 306 podle seznamu výkonů** a pro výkony podle kapitoly **931 seznamu výkonů ve výši 1,27 Kč**, přičemž hodnoty bodu pro tyto odbornosti podle písmen b) a c) se nepoužijí.
   1. Hrazené služby poskytované poskytovateli
6. 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 násobenou **koeficientem BONost** podle bodu 7.21,
7. v odbornosti **407** podle seznamu výkonů se úhrada stanoví podle **části A bodu 1** **přílohy č. 3** k této vyhlášce a násobí se koeficientem **BONos**t podle bodu 7.21, přičemž navýšení podle části A bodu 1 písm. j) přílohy č. 3 k této vyhlášce se nepoužije,
8. 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 násobenou **koeficientem BONost** podle bodu 7.21.
   1. 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. Hodnota bodu podle věty první se vynásobí koeficientem stanoveným v bodě 7.21.
   2. 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.
   3. 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.
   4. **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.**
   5. 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 1,04 Kč.**
   6. Výkon č. **88101** podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši **0,95 Kč**. **Vyžádaná péče odborností 808 se hradí podle seznamu zdravotních výkonů** s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu **podle části B** **přílohy č. 5.**
   7. **Výkony**
9. **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 1,26 **Kč**,
10. **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,
11. **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,
12. diagnostické metody odbornosti 823 PCR výkon č. 87624 a NGS metoda výkon č. 87701 se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši hodnoty bodu **podle části A přílohy č. 5** k této vyhlášce násobenou koeficientem **BONlab** podle bodu 7.21.
    1. Výkony
13. 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 násobenou koeficientem **BONos**t podle bodu 7.21,
14. **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 násobenou koeficientem **BONost** podle bodu 7.21,
15. **časného záchytu 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 násobenou koeficientem **BONost** podle bodu 7.21,
16. **časného záchytu 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 násobenou koeficientem **BONost** podle bodu 7.21,
17. 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 násobenou koeficientem **BONrad** podle bodu 7.21.
    1. **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:

kde:

**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 okresu, kde je zajišťován urgentní příjem.

je paušální složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

* + 1. **111 000 000 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**,
    2. **58 000 000 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,**
    3. **9 500 000** 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,**
    4. **0 Kč** pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech a) až c),
    5. 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.

je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané výkony č. 09564 podle seznamu výkonů, která se stanoví ve **výši 1 200 Kč** za každý výkon.

je výkonová složka úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

kde:

je počet bodů za výkony č. 06720, 06726, 06727, 06728, 06729 podle seznamu výkonů vykázané v odbornosti 719 podle seznamu výkonů v hodnoceném období a

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.

je počet bodů za výkony uvedené v Příloze č. 14 podle seznamu výkonů vykázané na pracovišti odb 719

je hodnota korunových položek vykázaných společně s výkony z Přílohy č. 14 podle seznamu zdravotních výkonů

je horní hranice výkonové složky úhrady urgentního příjmu, která se stanoví ve výši:

* + 1. **K\*140 000 000 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,
    2. **K\*85 000 000 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,
    3. **K\*25 000 000 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,
    4. **K\*4 000 000 Kč** pro poskytovatele, který nesplňuje podmínky v písmenech f) až h).

je **paušální bonifikace za poskytování psychiatrické krizové péče** při **urgentním příjmu**, která se stanoví následovně:

* + 1. 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 stanoví ve výši **1 000 000 Kč,**
    2. poskytovateli, který má statut centra vysoce specializované traumatologické 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 stanoví ve výši **2 500 000 Kč.**

7.14.1 Bonifikace podle bodu 7.14 písm. j) náleží poskytovateli při současném splnění následujících podmínek po celé hodnocené období:

* + 1. 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,
    2. 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,
    3. poskytovatel zajišťuje personální zabezpečení psychiatrické krizové péče na urgentním příjmu takovým způsobem, aby vždy bylo zároveň zajištěno minimální personální zabezpečení podle vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb pro ostatní hrazené služby v psychiatrických oborech.

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

* + 1. 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,
    2. 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,
    3. 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,
    4. 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.
  1. 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.
  2. 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.
  3. 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. d), se hodnota **bodu stanoví:**
     1. **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,
     2. **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**.**
  4. Pro hrazené služby poskytované v **odbornostech 603 a 604** podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví podle **části A bodu 1 přílohy č. 4** k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 2 a 3 přílohy č. 4 k této vyhlášce, výpočet celkové 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 2 397 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.
  5. Pro hrazené služby poskytované v **odbornostech 916, 921 a 925** podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota **bodu stanoví podle části A bodu 1 a 2 přílohy č. 6** k této vyhlášce**, přičemž navýšení hodnoty bodu podle části A bodu 3 přílohy č. 6** k této vyhlášce **a výpočet** celkové výše úhrady podle části A bodu 4 přílohy č. 6 k této vyhlášce **se** nepoužije**.**
  6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech **902 a 917** podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota **bodu stanoví podle bodu 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, přičemž navýšení hodnoty bodu podle bodu 3 a výpočet** celkové výše úhrady podle bodu 4 přílohy č. 7 k této vyhlášce **se** nepoužije**.**
  7. Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů **7.15 až 7.20 se stanoví** ve výši:

kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15 až 7.20 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15 až 7.20 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

a kde:

je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b), která se stanoví ve výši:

kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu **7.17 písm. b)** v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v referenčním období, která je vypočtena následovně:

kde:

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

je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodu 7.17 písm. b), kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodu 7.17 písm. b).

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.17 písm. b).

je bonifikace pro ambulantní laboratoře, která se stanoví následovně:

kde:

je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,02 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň **12 hodin denně 7 dní** v týdnu alespoň **na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři**; hodnoty 0,03 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři; hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby **nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním pracovišti** v laboratoři; a hodnoty 0 v ostatních případech.

je bonifikace za akreditaci, která se stanoví ve výši 0,02, pokud je poskytovatel po celé hodnocené období držitelem **Osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu NASKL R3** na alespoň **třech čtvrtinách laboratorních pracovišť**, a ve výši -0,5 v ostatních případech.

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. b) v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

kde:

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 písm. b).

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. b).

a kde:

je koeficient navýšení pro ambulantní laboratoře, který se stanoví ve výši:

kde:

je změna v bonifikačních kritériích ambulantních laboratoří mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví následovně:

kde:

je změna v bonifikaci za prodloužený režim ambulantních laboratoří, která se stanoví ve výši podle následující tabulky:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři **v hodnoceném období** v rozsahu: | | | |
| **<12/7** | **12/7** | **16/7** | **24/7** |
| Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti **v referenčním období** v rozsahu: | **<12/7** | 0 | 0,02 | 0,03 | 0,04 |
| **12/7** | 0 | 0,02 | 0,03 | 0,04 |
| **16/7** | -0,03 | -0,01 | 0 | 0,01 |
| **24/7** | -0,03 | -0,01 | 0 | 0,01 |

a kde:

je úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby v hodnoceném období podle bodů **7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20**, která se stanoví ve výši:

kde:

je index změny produkce vypočtený takto:

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) 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.

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v referenčním období, která je vypočtena následovně:

kde:

kde:

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.

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

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodů 7.15, 7.16 a 7.18 až 7.20.

je bonifikace pro ostatní ambulance, která se stanoví následovně:

kde:

je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,06 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období **hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích,** včetně příjmových ambulancí, a hodnoty 0 v ostatních případech.

je bonifikace za objednávkový systém, která se stanoví ve výši 0,04 pro poskytovatele, který nejpozději od 1. července hodnoceného období **provozuje elektronický objednávkový systém**, který na ambulantních pracovištích **umožňuje pojištěncům objednání na konkrétní hodinu a přednostní vyšetření nebo ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav**. Elektronický objednávkový systém musí zahrnovat možnost objednávání **na všechny nasmlouvané a poskytované zdravotní služby podle bodu 7.13 písm. a) až d)** a dále možnost objednání alespoň na **20 % souhrnné ordinační doby pracovišť odborností podle bodů 7.4, 7.5, 7.6, 7.15, 7.16, 7.18 a 7.20, přičemž za každé identifikační číslo pracoviště se do souhrnné ordinační doby započítává ordinační doba maximálně ve výši 35 hodin týdně**; a ve výši 0 v ostatních případech.

a kde:

kde:

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 7.17 písm. a), přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

je hodnota bodu příslušící danému výkonu *i* podle bodu 7.17 písm. a), kde *i*=1 až *m*, kde *m* je počet výkonů podle bodů 7.17 písm. a).

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 7.17 písm. a).

je bonifikace pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště, která se stanoví následovně:

kde:

je bonifikace za prodloužený provozní režim, která nabývá hodnoty 0,04 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby alespoň **12 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém** pracovišti; hodnoty 0,06 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby **alespoň 16 hodin denně 7 dní** v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; hodnoty 0,08 v případě, že poskytovatel poskytoval v hodnoceném období hrazené služby nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti; a hodnoty 0 v ostatních případech.

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

a kde:

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodů 7.15, 7.16, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20 v hodnoceném období, která je vypočtena následovně:

kde:

kde:

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.

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:

kde:

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 písm. a).

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období podle bodu 7.17 písm. a).

a kde:

je koeficient navýšení pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště a ostatní ambulance, který se stanoví ve výši:

kde:

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.

je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče podle bodu 7.17 písm. a) v referenčním období, oceněné podle počtu bodů a hodnot bodu platných v referenčním období, včetně bonifikací platných v referenčním období.

a kde:

je koeficient navýšení pro ostatní ambulance, který se stanoví ve výši:

kde:

je změna v bonifikačních kritériích ostatních ambulancí mezi hodnoceným a referenčním obdobím, která se stanoví ve výši 0,06 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období **poskytoval** a v **referenčním období neposkytoval** hrazené služby alespoň **16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních** pracovištích, včetně příjmových ambulancí; ve výši 0,02 v případě, že poskytovatel v **hodnoceném i referenčním období shodně poskytoval** nebo neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na **2 specializovaných ambulantních pracovištích**, včetně příjmových ambulancí; a ve výši -0,06 v případě, že poskytovatel v referenčním období poskytoval a v hodnoceném období **neposkytoval hrazené služby alespoň 16 hodin denně 7 dní v týdnu alespoň na 2 specializovaných ambulantních pracovištích, včetně** příjmových ambulancí.

a kde:

je koeficient navýšení pro ambulantní radiodiagnostická pracoviště, který se stanoví ve výši:

kde:

je změna v bonifikaci za prodloužený režim ambulantních radiodiagnostických pracovišť, která se stanoví ve výši podle následující tabulky:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Nepřetržité poskytování služeb alespoň **na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišt**i **v hodnoceném období** v rozsahu: | | | |
| **<12/7** | **12/7** | **16/7** | **24/7** |
| Nepřetržité poskytování služeb alespoň na jednom ambulantním pracovišti v laboratoři a zároveň alespoň na jednom ambulantním radiodiagnostickém pracovišti **v referenčním období** v rozsahu: | **<12/7** | 0 | 0,04 | 0,06 | 0,08 |
| **12/7** | 0 | 0,04 | 0,06 | 0,08 |
| **16/7** | -0,06 | -0,02 | 0 | 0,02 |
| **24/7** | -0,06 | -0,02 | 0 | 0,02 |

a kde:

je referenční výše regulované ambulantní úhrady, která se vypočte následovně:

kde:

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.

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.

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.

je koeficient navýšení pro nemocniční ambulance, který se stanoví ve výši:

a kde:

je index změny ambulantně ošetřených pojištěnců, který je vypočtený následovně:

* + - * 1. Pokud , potom:

* + - * 1. Pokud , potom .

kde:

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, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20.

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, 7.17 písm. a) a 7.18 až 7.20.

* 1. Nadprodukce výkonů laboratorní autorské odbornosti 816 podle seznamu výkonu se uhradí v případech kdy Hodnota\_péče2026,lab816 > Hodnota\_péče2024,lab816 a se spočte takto:

kde:

Hodnota\_péče2026,lab816 je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče výkonů odbornosti 816 v hodnoceném období, která se vypočtena následovně

Hodnota\_péče2026,lab816 = ,

kde:

je počet bodů za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období, kde i=1 až n, kde n je počet výkonů odbornosti 816,

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období odborností 816.

Hodnota\_péče2024,lab816 je hodnota poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané ambulantní péče výkonů odbornosti 816 v referenčním období, která se vypočtena následovně

Hodnota\_péče2024,lab816 = ,

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 odbornosti 816, přičemž se použijí bodové hodnoty výkonů podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období.

je hodnota korunových položek za hrazené služby poskytnuté v referenčním období odborností 816.

* 1. 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 1,08 Kč a bod 7.21 se nepoužije**.

1. Ostatní úhrady
   1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon **č. 78890** podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **12 000 Kč**.
   2. Hrazené služby poskytované poskytovateli v **odbornosti 005** podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši **1,07 Kč.**
   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 x 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 x 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.
   4. Poskytovateli, který je v hodnoceném období součástí referenční sítě poskytovatelů akutní lůžkové péče podle § 41a zákona, se úhrada navyšuje následovně:

kde:

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.

je počet případů hospitalizací poskytovatelem v roce 2023 zdravotní pojišťovně vykázaných a podle metodik **Klasifikace validně sestavených,** které byly použity pro výpočet relativních vah Klasifikace pro hodnocené období.

* 1. 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 x 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 300 Kč za každého globálního unikátního pojištěnce, na kterého v hodnoceném období vykázal výkon č. 99976** podle seznamu výkonů a ORPHA kód příslušného vzácného onemocnění.
  2. 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 vykázán **výkon č. 06211** podle seznamu výkonů **provedený do 6 týdnů od ukončení této hospitalizace.**

1. Úhrada změn v rozsahu a struktuře péče.

**9.1 Skokové změny v rozsahu a struktuře** **poskytovaných hrazených služeb** **generované investicemi 6. pilíře Národního plánu obnovy, dále NPO,** **investicemi** **Integrovaného regionálního operačního programu, dále IROP** nebo **investicemi v návaznosti na Strategické investice přímo řízených organizací MZ,** ve srovnání s referenčním obdobím, se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad. Tato Dohoda o úhradě skokové změny produkce obsahuje minimálně výčet odborností, výkonů, CZ-DRG skupin a pracovišť, kterých se skoková změna bude týkat. Dále obsahuje pro zdravotní služby hrazené paušálními úhradami výpočty pro změny úhrad podle uvedených vzorů ve Vyhlášce a s použitím odkazů na relevantní odstavce Přílohy č. 1. Zároveň nelze omezovat nepaušální úhrady, které obsahují úhradu zdravotních služeb uvedených v Dohodě o úhradě skokové změny.

i) Hrazené služby uvedené v Dohodě o úhradě skokové změny, poskytnuté pojištěncům v ambulantní péči se pro výpočet Úhr\_amb 2026 v Příloze č. 1 Vyhlášky považují za vykázané hrazené služby podle té části Vyhlášky, kam by se zařadily podle své povahy, pokud by ke skokové změně nedošlo.

Úhr\_amb2026 Přílohy č. 1 Vyhlášky se upraví o úhradu Úhr\_SkokAmb2026 takto:

V případě, že Hodnota péče,2026>Hodnota péče,2024 se Úhr\_amb2026 zvýší o úhradu:

Úhr\_SkokAmb2026 =

max[0;min(Hodnota\_péče2026-Hodnota\_péče2024;Hodnota\_SkokAmb2026)]-Úhr\_amb2026radost\*,

kde:

Hodnota\_SkokAmb2026  je nárůst hodnoty ambulantní péče, která je uvedena v Dohodě o úhradě skokové změny, bez ohledu na to, o jakou část ambulantní péče se jedná, spočtená podle relevantních vzorců Přílohy č. 1 pro danou část péče.

ii) V případech poskytnutí hrazených zdravotních služeb uvedených v Dohodě o úhradě skokové změny v lůžkové péči se výpočet ÚHRPU,CZ-DRG,2026 v Příloze č. 1 Vyhlášky navýší při splnění podmínky CM2026,CZ-DRG,A > CM2024,CZ-DRG,A o *ÚHRskok-změna,2026*, která se stanoví takto:

=

a kde *IPUskok\_změna,2026* je individuální paušální úhrada změny vypočtená takto:

kde:

je referenční výše úhrady změny za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané služby hrazené paušální úhradou, která se vypočte následovně:

kde:

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, uvedených v Dohodě o úhradě skokové změny.

je index změny produkce uvedené v Dohodě o úhradě skokové změny vypočtený takto:

1. pokud je
2. v ostatních případech se

kde

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, uvedených v Dohodě o úhradě skokové změny.

je oprava regulace lůžkové nadprodukce uvedené v Dohodě o úhradě skokové změny vypočtená takto:

1. pokud je
2. v ostatních případech

=

*.*

Seznam investic NPO vizte [https://mzd.gov.cz/category/evropske-fondy/narodni-plan-obnovy](https://mzd.gov.cz/category/evropske-fondy/narodni-plan-obnovy/).

Seznam investic IROP vizte https://mzd.gov.cz/planovane-vyzvy-irop-2021-2027

a https://irop.gov.cz/cs/irop-2021-2027/dokumenty

Seznam strategických investic přímo řízených organizací MZ vizte <https://mzd.gov.cz/135-090-strategicke-investice-primo-rizenych-organizaci-mz/>.

Dohoda o úhradě skokové změny se pro jednotlivou investici uzavírá na **3 po sobě jdoucí roky.**

9.2 **Ostatní 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, na základě shody smluvních stran.

1. 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.
2. **Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči**
   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:
3. celkovou **úhradu za předepsané léčivé přípravky** a zdravotnické prostředky v referenčním období,
4. 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,
5. **počet globálních unikátních pojištěnců ošetřených v odbornostech uvedených v části A bodech 7.2, 7.15, 7.16 a 7.18.**
   1. 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 valorizované 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 a kódy 0001201 až 0001204 vykazované v souvislosti s ředěním cytostatik v lékárně

Do průměrné valorizované úhrady referenčního období jsou zahrnuty všechny položky, které vstupují do průměrné úhrady v hodnoceném období.

* 1. 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 záchytu 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. Regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3.
  3. Zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli potřebná data pro výpočet regulační srážky a zohlední případné technické námitky poskytovatele k výpočtu regulační srážky. V případě vstupu nových položek nevykazovaných v referenčním období nebo významných cenových změn je poskytovatel oprávněn podat námitku a zdravotní pojišťovna je povinna ji na základě objektivního posouzení zohlednit a regulační srážku upravit.
  4. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.2 a 2.3 maximálně do výše odpovídající 5 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
  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.

**Příloha č. 9 a Příloha č. 10 v rozsahu Vyhlášky č. 314/2024 Sb.**

**Příloha č. 12**

**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. Léčivé přípravky následujících ATC skupin:

B02BB01

B02BD01

B02BD02

B02BD03

B02BD04

B02BD05

B02BD06

B02BD07

B02BD08

B02BD10

B02BX06

B05AA02

J07BB02

V03AB38

L04AJ01 Ekulizumab

L04AJ02 Ravulizumab

L04AJ03 Pegcetakoplan

* 1. **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. **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, zejména:

30142642

30143182

30143184

30143211

30143222

30143223

a jim vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Adsorpční kolony pro opakované použití, zejména:

30169494

30194428

a jim vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

**Absorpční kolony pro jednorázové použití**

0194964 MONET BIORET KIT MEMBR. FILTR F00009531 a jim vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky

Systém pro vnitřně-zevní punkci, zejména:

30153314

a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

Implantát – umělá náhrada pro obnovu chrupavky, zejména:

30194910

a vlastnostmi, výší úhrady a použitím obdobné zdravotnické prostředky.

**„Inari**“ **Systém ClotTriever a FlovTriever2** pro endovaskulární léčbu pacientů s hlubokou žilní trombózou a rozsáhlou plicní embolií bez použití trombolytika

**Stentgrafty** (roztažitelný stent potažení speciální látkou nepropustnou pro krev a zabraňující tvorbě krevních sraženin) u endovaskulárních výkonů

**CMD - A 'custom-made device’ „Prostředek na zakázku**“ je určen k výhradnímu použití konkrétního pacienta a výhradně ke splnění jeho individuálních podmínek a potřeb.

**Katétry**

0200637 KATETR EXTRAKČNÍ ASPIRAČNÍ FLOWTRIEVER VČ. ZAV. A FILTRU-PLIC. EMBOL.

0200636 KATETR EXTRAKČNÍ ASPIRAČNÍ CLOTTRIEVER

**Impella**

0194460 PODPORA MECHANICKÁ SRDEČNÍ KRÁTKODOBÁ – IMPELLA 5.0 – 10 DNÍ

0194462 PODPORA MECHANICKÁ SRDEČNÍ KRÁTKODOBÁ – IMPELLA CP – 5 DNÍ

0194461 PODPORA MECHANICKÁ SRDEČNÍ KRÁTKODOBÁ – IMPELLA LD – 10 DNÍ

0194463 PODPORA MECHANICKÁ SRDEČNÍ KRÁTKODOBÁ – IMPELLA RP – 14 DNÍ

0143610 PODPORA MECHANICKÁ SRDEČNÍ KRÁTKODO. – IMPELLA 5.5 SMART ASSIST-30 DNÍ

0195112 PODPORA MECHANICKÁ SRDEČNÍ KRÁTKODOBÁ - IMPELLA CP-SMART ASSIST-5DNÍ

**Srdeční mitrální chlopňový systém Tendyne** - miniinvazivní přístup díky transkatetrové náhradě chlopně bez mimotělního oběhu, snížení hospitalizací pro závažné stavy dušnosti

**Vybrané stenty:**

0046107 STENT BILIÁRNÍ -SX-ELLA NITINELLA PLUS\_NITIN., S/BEZ SILIK. POT.,SAMOEX

0049217 STENT KOLONICKÝ, DUODENÁLNÍ - WALLFLEX\_ WALLFLEX SOFT

0054421 STENT BILIÁRNÍ - WALLFLEX\_ SAMOEXPANDIB\_ PLATINA\_ POTAH NITINOL

0054422 STENT BILIÁRNÍ - WALLFLEX\_ SAMOEXPANDIB\_ PLATINA\_ POTAH NITINOL

0141696 STENT JÍCNOVÝ - SX-ELLA HV PLUS\_ NITINOL,POTAH SILIKON\_ SAMOEX.

0141698 STENT JÍCNOVÝ - SX-ELLA DANIS BASIC\_ NITINOL, POTAH SILIKON\_ SAMOEX.

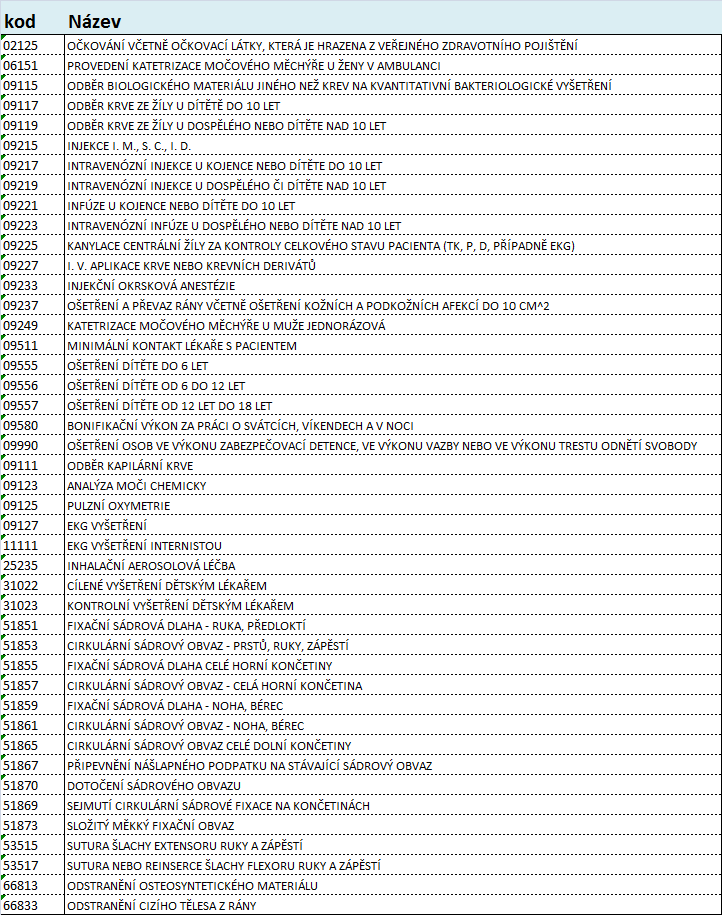
0141861 STENT JÍCNOVÝ - WALLFLEX FC RMV\_ SAMOEXPAND.\_ PLATINA\_ NITINOL

0143923 STENT JÍCNOVÝ - AGILE - SAMOEXPANDIBILNÍ\_ NITINOL

0151984 STENT JÍCNOVÝ-DANIS SEAL\_ DOČASNÝ\_ SAMOEXPANDIBILNÍ\_NITINOL

0153794 STENT LUMEN APOZIČNÍ VČETNĚ ELEKTROKAUTERU - HOT AXIOS, ZV 1506

Příloha č. 14 - Výkony Urgentního příjmu jiných odborností



1. ) Sdělení Českého statistického úřadu č. 281/2024 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ‑DRG. [↑](#footnote-ref-1)