



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 117

Rozeslána dne 29. října 2019

Cena Kč 345,-

O B S A H:

268. Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020
269. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
270. Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí, kterým se vyhláší pro účely nemocenského pojištění výše redukčních hranic pro úpravu denního vyměřovacího základu platných v roce 2020
-

268

VYHLÁŠKA

ze dne 18. října 2019

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 200/2015 Sb.:

§ 1

(1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2020

- a) hodnoty bodu,
- b) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon“),
- c) výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, členských států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení

vztahující se i na oblast hrazených služeb²⁾, (dále jen „zahraniční pojištěnec“),

- d) regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 20, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“).

(2) Poskytovatelem podle odstavce 1 je

- a) poskytovatel lůžkové péče,
- b) poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- c) poskytovatel specializované ambulantní péče, poskytovatel dialyzační zdravotní péče a poskytovatel v odbornostech 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
- d) poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) poskytovatel v oboru zubní lékařství,
- f) poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen „vyjmenovaná odbornost“),
- g) poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a poskytovatel domácí

¹⁾ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.

²⁾ Například sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

³⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

- péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů,
- h) poskytovatel ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
 - i) poskytovatel zdravotnické záchranné služby, poskytovatel přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovatel zdravotnické dopravní služby, poskytovatel lékařské pohotovostní služby a poskytovatel pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
 - j) poskytovatel lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovna,
 - k) poskytovatel lékárenské péče.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2018. Referenčními hodnotami poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů poskytovatele v referenčním období.

(2) Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2020.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2018, poskytovatelem vykázané do 31. března 2019 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2019.

(4) Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2020, poskytovatelem vykázané do 31. března 2021 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2021.

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

§ 3

(1) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v konkrétní odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo zdravotních služeb vyžádaných, pokud není dále stanoveno jinak.

(2) Pokud byl unikátní pojištěnec poskytovatelem v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou.

(3) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, který byl v hodnoceném období nebo referenčním období ošetřen u více než jedné ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu unikátních pojištěnců pouze jednou.

(4) Globálním unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem lůžkové péče v libovolné odbornosti v rámci vlastních či vyžádaných zdravotních služeb v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, pokud není dále stanoveno jinak.

(5) Pokud byl globální unikátní pojištěnec poskytovatelem ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, a to bez ohledu na počet odborností, v nichž byl pojištěnec ošetřen, zahrnuje se do počtu globálních unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených u daného poskytovatele pouze jednou.

(6) V případě sloučení zdravotních pojišťoven se pojištěnec, který byl v hodnoceném období nebo referenčním období ošetřen u více než jedné ze sloučených zdravotních pojišťoven, započte do počtu globálních unikátních pojištěnců pouze jednou.

(7) Má-li zdravotní pojišťovna při stanovení výše úhrad nebo regulačních omezení použít hodnoty úhradových ukazatelů srovnatelných poskytovatelů, použije k určení těchto hodnot příslušné hodnoty všech smluvních poskytovatelů, kteří v hodnoceném období poskytují zdravotní služby ve srovnatelném celkovém rozsahu a struktuře jako poskytovatel, pro kterého se ustanovení o srovnatelném poskytovateli používá.

(8) Mezinárodní klasifikací nemocí se pro účely této vyhlášky rozumí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)⁴.

⁴) Sdělení Českého statistického úřadu č. 464/2017 Sb., o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

§ 4

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada ve stejné výši jako pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona.

§ 5

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče nebo zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12, 13, 14 a 15 k této vyhlášce.

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní lůžkové péče nebo zvláštní ambulanti péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 6

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

(2) Ordinačními hodinami jsou pro účely přílohy č. 2 k této vyhlášce ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař daného pracoviště se specializovanou způsobilostí, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

§ 7

Pro specializovanou ambulanti péči poskytovanou poskytovateli ambulanti péče hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

§ 8

Pro ambulanti péči poskytovanou poskytovateli ambulanti péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.

§ 9

Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 11 k této vyhlášce.

§ 10

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulanti péče ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

§ 11

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulanti péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a poskytovateli domácí péče v odbornostech 925 a 926 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 12

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulanti péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 13

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli dialyzační péče hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.

§ 14

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle sezna-

mu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2018.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,21 Kč, s výjimkou výkonů přepravy podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2018.

§ 15

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby se výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony přepravy pro poskytovatele

- a) poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč,
- b) neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.

(2) Pro výkon přepravy č. 69 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

§ 16

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč pro zdravotní výkony a výkony přepravy podle seznamu výkonů.

(2) Pro stanovení výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v rámci pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a stanovení regulačních omezení pro tyto hrazené služby se použije § 9.

§ 17

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské

léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 105,4 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče pro dospělé.

(2) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé, děti a dorost poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 105,4 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatelům.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se stanoví úhrada 30 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů. Tento výkon může být pojišťovně vykázán maximálně třikrát během jednoho léčebného pobytu pojištěnce.

(4) Pro hrazené služby poskytované v ozdravnách se stanoví úhrada za 1 den pobytu ve výši 958 Kč, která se skládá ze složky ubytování, stravování a složky ozdravný program. Navýšení úhrady oproti roku 2019 se provede ve složce ozdravného programu. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým jsou poskytovány hrazené služby v ozdravnách.

§ 18

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 35 Kč.

(2) Úhrada podle odstavce 1 se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

(3) Odstavec 1 se nepoužije na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče a na poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, na poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, na poskytovatele v oboru zubní lékařství a na poskytovatele ambulanti péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů.

§ 19

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 15 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši patnáctinásobku počtu vykázaných výkonů č. 09552 podle seznamu výkonů v referenčním období.

(2) U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, vznikl v průběhu referenčního období nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09552 podle seznamu výkonů vykázaných srovnatelnými poskytovateli a uznaných zdravotní pojišťovnou v referenčním období.

(3) Po skončení hodnoceného období zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 12 Kč za každé převedení listinného receptu do elektronické podoby. Toto platí jen pro ztotožněné pojištěnce.

§ 20

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč.

Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

(2) Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

(3) Hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 006 podle seznamu výkonů se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.

(4) Za každou epizodu péče spojenou s převzetím pacienta od zdravotnické záchranné služby u poskytovatele akutní lůžkové péče se stanoví úhrada ve výši 1 000 Kč. Tato péče bude poskytovatelem vykázána výkonem č. 09564 podle seznamu výkonů. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle přílohy č. 1 k této vyhlášce.

§ 21

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2020.

Ministr zdravotnictví:

Mgr. et Mgr. **Vojtěch**, MHA, v. r.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč.
2. Hodnota bodu uvedená v bodě 1 se dále navýší o:
 - a) 0,01 Kč, pokud bude zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2020 doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období,
 - b) 0,01 Kč, pokud poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin,
 - c) 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně do 31. prosince 2020 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období,
 - d) 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
3. V případě, že poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 50 % pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31. prosinci 2020, bude mu úhrada za výkon č. 63021 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,45 a úhrada za výkon č. 63050 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,20.
4. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se stanovuje úhrada ve výši podle písmen a) až c) a to za podmínek stanovených v písmenech d) až h):
 - a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství ve výši 1 530 Kč.
 - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství ve výši 2 550 Kč.
 - c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství ve výši 3 570 Kč.
 - d) Poskytovatel vykazuje kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411, nebo 63413 podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí výše uvedených plateb a slouží pouze jako signální výkony pro vykazování

kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.

- e) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603 podle seznamu výkonů.
 - f) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), nejsou v průběhu těhotenství poskytovatelem vykazovány výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle seznamu výkonů. Tyto výkony jsou započteny v úhradě podle písmen a) až c) tohoto bodu.
 - g) Výkony č. 32410, 32420 a 63415 podle seznamu výkonů jsou poskytovateli v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu dle bodů 1 a 2, pokud byly výkony provedeny a vykázány nebo vyžádány registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle seznamu výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle seznamu výkonů bez žádanky registrujícího lékaře, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč.
 - h) V případě, že neregistrující poskytovatel v odbornosti 603 podle seznamu výkonů vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písmenu d) a f), považují se tyto výkony za extramurální péči a budou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč a zároveň bude tato péče odečtena registrujícímu poskytovateli. Výjimkou jsou výkony č. 63022, 63023 nebo 63417 podle seznamu výkonů, které je neregistrující poskytovatel v odbornosti 603 podle seznamu výkonů oprávněn vykázat jako nepravdělnou péči o těhotnou pojištěnku.
5. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{NPURO}_{2018} \times \text{UOP}_{2020} \times (1,07 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2020},$$

kde:

NPURO₂₀₁₈ je průměrná úhrada za zdravotní výkony, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle seznamu výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky a individuálně smluvně sjednané úhrady za těhotné pojištěnky, pokud byla v referenčním období sjednána, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo 09511 podle seznamu výkonů.

UOP₂₀₂₀ je počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů.

IGV je index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném

období nepřesáhne hranici 30 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 30 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo -0,02 v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₀ příslušné zdravotní pojišťovny, IGV se při výpočtu úhrady nepoužije.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle seznamu výkonů, vyžádané nebo provedené registrujícím poskytovatelem, k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo -0,02 v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63053 a 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c). V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₀ příslušné zdravotní pojišťovny, IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

EM₂₀₂₀ je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené podle bodu 4 písm. h). Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady podle bodu 4 písm. a) až c).

F_(t) je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,08 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F_{(t)} = 0,45 \times K_{(t)} + 0,0255,$$

V případě, že poskytovatel nepečoval v hodnoceném období o žádnou těhotnou pojištěnku dané zdravotní pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných **F_(t)** ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných **K_(t)** větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných ve výši **F_(t)** ve výši 0,08.

kde:

K_(t) je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$K_{(t)} = \frac{PTEH_{2020}}{RUOP_{2020}},$$

kde:

PTEH₂₀₂₀ je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň jeden z výkonů č. 63053, 63055 podle seznamu výkonů nebo úhrada podle bodu 4 písm. a), b) nebo c).

RUOP₂₀₂₀ je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u poskytovatele alespoň jeden den v roce 2020.

6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč. Pro stanovení úhrady podle první věty se body 1 až 5 nepoužijí.
7. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. U poskytovatele, u kterého oproti referenčnímu období dojde v důsledku změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 5 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky vykázané k těmto výkonům. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1 Kč.
9. Zdravotní pojišťovna dále přiměřeně navýší úhradu podle bodu 5 v případech, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změny struktury ošetřených pojištěnců.
10. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci poskytovatele v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 55 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 5.
11. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordináčních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 5. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordináčních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
12. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 111 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
13. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období obdrží poskytovatel za každou zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu jím vystaveném v elektronické podobě v hodnoceném období, na jejímž základě došlo k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

B) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:
 - a) IVF cyklus přerušeno před odběrem oocytů 1 347 Kč,
 - b) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí 15 643 Kč,
 - c) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí 32 541 Kč,
 - d) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya 32 541 Kč,
 - e) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu 10 800 Kč,
 - f) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI 1 365.
2. Léčivé přípravky spotřebované při poskytování hrazených služeb uvedených v bodu 1 hradí zdravotní pojišťovna jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

C) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech je uvedena v bodech 1.1 a 1.2.
 - 1.1 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
 - 1.2 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon č. 95201 podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2020 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, jejichž poskytnutím došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 přiměřeně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových

práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

5. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2020 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
7. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužije. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců podle první věty přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro odbornost 603 nebo 604 podle seznamu výkonů.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony, snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
9. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
10. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí v případech poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.



Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 289, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – Walstead Moraviapress s. r. o., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, tel.: 516 205 175, e-mail: sbirky@walstead-moraviapress.com. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku z předcházejícího roku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2019 činí 6 000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** Walstead Moraviapress s. r. o., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné a objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 175, objednávky – knihkupci – 516 205 175, e-mail – sbirky@walstead-moraviapress.com. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej – Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, Obchodní galerie IBC (2. patro), Příkop 6; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihařství – Příbřimská, J. Švermy 14; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Olomouc:** Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3; **Pardubice:** ABONO s. r. o., Sportovců 1121; **Plzeň:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 3:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, Řípská 23; **Praha 4:** Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 4; **Praha 9:** DOVOZ TISKU SUWECO CZ, Klečákova 347; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190, MONITOR CZ, s. r. o., Třebohostická 5, tel.: 283 872 605; **Ústí nad Labem:** PNS Grosso s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 259 032, fax: 475 259 029, KARTOON, s. r. o., Klíšská 3392/37 – vazby sbírek tel. a fax: 475 501 773, e-mail: kartoon@kartoon.cz; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Zatec:** Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírek, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zařizování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklama:** informace na tel. čísle 516 205 175. **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.