



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 50

Rozeslána dne 29. dubna 2022

Cena Kč 84,-

O B S A H:

97. Vyhláška k provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích týkajících se elektronických poukazů
 98. Vyhláška o způsobu oceňování nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování pojistného veřejného zdravotního pojištění
 99. Vyhláška o nastavitelných parametrech přerozdělování pojistného veřejného zdravotního pojištění pro rok 2023
 100. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 242/2021 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021
 101. Vyhláška o systému epidemiologické bdělosti pro onemocnění COVID-19
-

97

VYHLÁŠKA

ze dne 22. dubna 2022

k provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích týkajících se elektronických poukazů

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 68 zákona č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, k provedení § 29 odst. 6 a § 31 odst. 4 zákona o zdravotnických prostředcích:

§ 1

Předmět úpravy

Tato vyhláška stanoví

- a) postup a podmínky pro komunikaci předepisujících a výdejců se systémem eRecept,
- b) formu identifikátoru elektronického poukazu, kterou systém eRecept poskytuje předepisujícím a pacientům,
- c) způsob zasílání požadavků na vytvoření, změnu a zrušení elektronického poukazu předepisujícími,
- d) rozsah údajů potřebných pro vytvoření, změnu a zrušení elektronického poukazu a jeho náležitosti,
- e) způsob, kterým jsou Ústavu sdělovány identifikační údaje osoby oprávněné předepisovat nebo vydávat prostředek.

§ 2

Postup a podmínky pro komunikaci se systémem eRecept

(1) Komunikace mezi systémem eRecept a předepisujícím nebo vydávajícím probíhá prostřednictvím datového rozhraní systému eRecept a informačního systému předepisujícího nebo vydávajícího, přičemž komunikační kanál je šifrovaný.

(2) Komunikace mezi systémem eRecept a předepisujícím nebo vydávajícím probíhá rovněž přímo prostřednictvím webové nebo mobilní aplikace sy-

stému eRecept podle zákona o léčivech, přičemž komunikační kanál je šifrovaný.

(3) Data odesílaná do systému eRecept jsou předepisujícím a vydávajícím vytvářena ve formě strukturovaných dat. Technické požadavky na podobu strukturovaných dat jsou uvedeny v provozní dokumentaci systému eRecept.

(4) Data odesílaná podle odstavce 3 musí být podepsána uznávaným elektronickým podpisem podle právního předpisu upravujícího služby vytvářející důvěru pro elektronické transakce; to neplatí, přistupuje-li předepisující nebo vydávající k systému eRecept prostřednictvím Národního bodu pro identifikaci a autentizaci.

(5) Ústav vydá na základě žádosti provozovatelé oční optiky nebo osobě, se kterou zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu o výdeji podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, přístupový certifikát sloužící k zabezpečené komunikaci se systémem eRecept; žádost o vydání přístupového certifikátu se zasílá prostřednictvím elektronického formuláře zveřejněného na internetových stránkách Ústavu.

§ 3

Identifikátor elektronického poukazu

Identifikátor elektronického poukazu je generován systémem eRecept v alfanumerické podobě znakového identifikátoru, který je převoditelný do podoby dvoudimenzionálního nebo jednodimenzionálního čárového kódu.

§ 4

Rozsah údajů potřebných pro vytvoření elektronického poukazu a jeho náležitosti

(1) Požadavek předepisujícího na vytvoření elektronického poukazu obsahuje

- a) základní údaje o elektronickém poukazu podle odstavce 2,

- b) údaje vztahující se k pacientovi, kterému je prostředek předepisován, v rozsahu podle odstavce 3,
- c) údaje vztahující se k předepisovanému prostředku v rozsahu podle odstavce 4,
- d) údaje vztahující se k předepisujícímu a poskytovateli zdravotních služeb v rozsahu podle odstavce 5.

(2) V požadavku na vytvoření elektronického poukazu se o elektronickém poukazu uvádí

- a) doba pro uplatnění elektronického poukazu,
- b) způsob doručení identifikátoru elektronického poukazu pacientovi; je-li zvolen způsob zaslání identifikátoru prostřednictvím systému eRecept textovou zprávou nebo prostřednictvím elektronické pošty, pak musí požadavek obsahovat rovněž telefonní číslo nebo adresu elektronické pošty, kam má být identifikátor doručen,
- c) příznak „ad usum proprium“ v případě, že jde o požadavek předepisujícího, který předepisuje prostředky sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům podle zákona o veřejném zdravotním pojištění¹⁾,
- d) specifikace požadavku na schválení úhrady včetně zdůvodnění, jestliže je úhrada prostředku vázána na schválení příslušné zdravotní pojišťovny.

(3) V požadavku na vytvoření elektronického poukazu se ve vztahu k pacientovi uvádí

- a) označení zdravotní pojišťovny pacienta číselným kódem, pokud má být prostředek hrazen z veřejného zdravotního pojištění, nebo příznak, že úhrada prostředku vyplývá pro Ministerstvo zdravotnictví z mezinárodní smlouvy nebo z jiného právního předpisu,
- b) jméno, popřípadě jména, a příjmení a adresa místa pobytu pacienta, a nelze-li uvést místo pobytu, adresa bydliště pacienta,
- c) telefonní číslo pacienta, nelze-li jej uvést, pak adresa místa, kde se pacient zdržuje,
- d) číslo pojištěnce, bylo-li přiděleno; pokud číslo pojištěnce pacientovi nebylo přiděleno, nebo

nelze-li z čísla pojištěnce určit jeho věk, datum narození pacienta,

- e) adresa vazební věznice, do níž byla osoba vzata, jde-li o osobu ve výkonu vazby,
- f) adresa věznice nebo ústavu zabezpečovací detence, do níž byla osoba umístěna, jde-li o osobu ve výkonu trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence.

(4) V požadavku na vytvoření elektronického poukazu se ve vztahu k předepisovanému prostředku uvádí

- a) v případě sériově vyráběného prostředku
 1. obchodní název, pod nímž je prostředek uváděn na trh,
 2. doplněk názvu označující variantu prostředku, pokud existuje,
 3. kód přidělený Ústavem pro úhradu z veřejného zdravotního pojištění, byl-li přidělen, případně údaje vztahující se k výši a podmínkám úhrady z veřejného zdravotního pojištění, a to včetně vyznačení jiné než první úhrady podle seznamu všech zdravotnických prostředků hrazených na základě předepsání na poukaz vydávaného podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a
 4. počet balení,
- b) individuální návrh charakteristik prostředku a kód přidělený Ústavem pro úhradu z veřejného zdravotního pojištění v případě, že se jedná o prostředek na zakázku,
- c) diagnóza pacienta, pro kterou je prostředek pacientovi předepisován, uvedená pomocí kódu Mezinárodní klasifikace nemocí,
- d) způsob úhrady prostředku, a to uvedením slov
 1. „hradí pacient“, jestliže prostředek nemá být hrazen z veřejného zdravotního pojištění, nebo v případě, že předepisující nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta, pokud nejde o neodkladnou péči,
 2. „úhrada“, jestliže prostředek má být hrazen z veřejného zdravotního pojištění,
 3. „úhrada s doplatkem zaměstnavatele“, jestliže je doplatek na prostředek hrazen zaměst-

¹⁾ § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

navatelem na základě smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou.

(5) V požadavku na vytvoření elektronického poukazu se ve vztahu k předepisujícímu a poskytovateli zdravotních služeb uvádí

- a) identifikace poskytovatele zdravotních služeb v rozsahu
 1. jméno, popřípadě jména, a příjmení poskytovatele zdravotních služeb, dále adresa místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo pracoviště přidělené zdravotní pojišťovnou, bylo-li zdravotní pojišťovnou přiděleno, a kontaktní telefonní číslo, jde-li o podnikající fyzickou osobu, nebo
 2. název nebo obchodní firmu, adresa sídla a místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo pracoviště přidělené zdravotní pojišťovnou, bylo-li zdravotní pojišťovnou přiděleno, a kontaktní telefonní číslo, jde-li o právnickou osobu,
- b) jméno, popřípadě jména, a příjmení předepisujícího, jestliže zdravotní péče byla poskytnuta u poskytovatele, který je právnickou osobou nebo podnikající fyzickou osobou,
- c) jméno, popřípadě jména, a příjmení, adresa místa pobytu a telefonní číslo předepisujícího, jde-li o předepisujícího, který předepisuje prostředky sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům podle zákona o veřejném zdravotním pojištění²⁾,
- d) zdravotní pojišťovnou přidělené identifikační číslo pracoviště delegujícího ošetřujícího lékaře, v případě delegované preskripce.

§ 5

Způsob zasílání požadavků na vytvoření elektronického poukazu

(1) Požadavek na vytvoření elektronického poukazu zasílá předepisující systému eRecept s uvedením údajů podle § 4.

(2) Systém eRecept po přijetí souboru dat nezbytných pro vytvoření elektronického poukazu vytvoří elektronický poukaz a přidělí mu identifikátor elektronického poukazu.

(3) Systém eRecept neprodleně zašle předepisujícímu prostřednictvím jeho informačního systému, webové nebo mobilní aplikace potvrzení o vytvoření

elektronického poukazu, jeho zpracování a uložení. Součástí zaslání potvrzení je identifikátor podle odstavce 2 přidělený danému elektronickému poukazu a informace o tom, zda došlo k úspěšnému ztotožnění pacienta vůči registru obyvatel.

§ 6

Změna elektronického poukazu

(1) Předepisující může za účelem opravy údajů na elektronickém poukazu provést změnu elektronického poukazu uloženého v systému eRecept, u něhož bylo systémem eRecept potvrzeno jeho vytvoření, pokud nebyl do systému eRecept zaslán záznam o výdeji prostředku, o zahájení přípravy, o zahájení výdeje prostředku nebo o předložení ke schválení zdravotní pojišťovně a současně neuplynula doba pro uplatnění elektronického poukazu. Předepisující nemůže provést změnu elektronického poukazu, u kterého bylo vyznačeno schválení úhrady zdravotní pojišťovnou.

(2) Požadavek na změnu elektronického poukazu zasílá předepisující systému eRecept s uvedením identifikátoru elektronického poukazu, ke kterému se změna vztahuje, a údaje, který je měněn. Po vytvoření elektronického poukazu nelze v elektronickém poukazu změnit identifikaci předepisujícího, poskytovatele zdravotních služeb a datum jeho vystavení.

(3) Informace o změně údajů elektronického poukazu systém eRecept uloží a obratem zašle předepisujícímu prostřednictvím jeho informačního systému, webové nebo mobilní aplikace potvrzení o provedení požadované změny elektronického poukazu.

§ 7

Zrušení elektronického poukazu

(1) Elektronický poukaz vytvořený v systému eRecept může předepisující zrušit v případě zjištění nových skutečností neznámých v době předepisování nebo v případě chybného zaslání strukturovaných dat za účelem vytvoření elektronického poukazu do systému eRecept, pokud nebyl do systému eRecept zaslán záznam o výdeji prostředku, o zahájení přípravy, o zahájení výdeje nebo o předložení ke schválení zdravotní pojišťovně a současně neuplynula doba pro uplatnění elektronického poukazu. Elektronický poukaz, u kterého byl do sy-

stému eRecept zaslán záznam o předložení ke schválení zdravotní pojišťovně a současně u něj bylo vyznačeno schválení či neschválení zdravotní pojišťovnou, může předepisující zrušit.

(2) Požadavek na zrušení elektronického poukazu zasílá předepisující systému eRecept s uvedením identifikátoru elektronického poukazu, který je rušen.

(3) Elektronický poukaz, u kterého byl zaslán požadavek na zrušení, systém eRecept označí za zrušený a nelze na jeho základě uskutečnit výdej.

(4) Systém eRecept obratem zašle předepisujícímu prostřednictvím jeho informačního systému, webové nebo mobilní aplikace potvrzení o provedení zrušení elektronického poukazu.

o veřejném zdravotním pojištění, sděluje Ústavu identifikační údaje osoby oprávněné předepisovat nebo vydávat prostředek prostřednictvím samoobslužného portálu dostupného na internetových stránkách Ústavu.

(2) Poskytovatel zdravotních služeb přistupuje k portálu podle odstavce 1 prostřednictvím přístupového certifikátu poskytovatele zdravotních služeb vydaného podle zákona o léčivech²⁾.

(3) Provozovatel oční optiky nebo osoba, se kterou zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu o výdeji podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, přistupuje k portálu podle odstavce 1 prostřednictvím přístupového certifikátu vydaného podle § 2 odst. 5.

§ 8

Sdělování identifikačních údajů

(1) Poskytovatel zdravotních služeb, provozovatel oční optiky nebo osoba, se kterou zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu o výdeji podle zákona

§ 9

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. května 2022.

Ministr zdravotnictví:

prof. MUDr. **Válek**, CSc., MBA, EBIR, v. r.

²⁾ § 81a odst. 1 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů.

98

VYHLÁŠKA

ze dne 26. dubna 2022

o způsobu oceňování nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování pojistného veřejného zdravotního pojištění

Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí stanoví podle § 21f písm. d) zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění zákona č. 145/2017 Sb.:

§ 1

Předmět úpravy

Tato vyhláška upravuje pro účely přerozdělování způsob oceňování nákladů na zdravotní služby vykázané v roce 2021.

Způsob oceňování nákladů na zdravotní služby

§ 2

(1) Zdravotní pojišťovny pro účely přerozdělování oceňují podle odstavců 2 až 7 náklady na zdravotní služby vykázané v roce 2021 v souladu s jinými právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění.

(2) Náklady na akutní lůžkovou péči se ocení součinem hodnoty bodu ve výši 1,44 Kč a počtu bodů zdravotního výkonu stanoveného vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „seznam výkonů“) pro příslušný zdravotní výkon v roce, v němž byly zdravotní služby poskytnuty. K ocenění podle věty první se u hospitalizovaných pacientů s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí¹⁾ dále přičte částka 59 064 Kč za každý ošetrovací den č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů, k němuž byl vykázán výkon č. 55227 podle seznamu výkonů nebo některý z DRG markerů č. 90901 až 90907 podle sdělení Českého statistického úřadu č. 385/2020 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG, poskytnutý do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle se-

znamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů. K ocenění podle věty první se u hospitalizovaných pacientů s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí, u nichž nejsou splněny podmínky podle věty druhé, přičte částka 39 967 Kč za každý ošetrovací den č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů, poskytnutý do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů.

(3) Náklady na zdravotní služby poskytnuté poskytovateli zvláštní lůžkové péče a následné a dlouhodobé lůžkové péče, s výjimkou nákladů na zdravotní služby následné intenzivní péče, následné ventilační péče, následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, se ocení podle přílohy k této vyhlášce.

(4) Náklady na zdravotní služby zahrnuté v kapitační platbě pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost se ocení částkou základní kapitační sazby za přepočtený počet pojištěnců podle přílohy č. 2 části A bodu 1 vyhlášky č. 242/2021 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce

¹⁾ Sdělení Českého statistického úřadu č. 576/2020 Sb., o aktualizaci Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

2021, ve znění pozdějších předpisů, ve výši 48 Kč za přepočteného pojištěnce a měsíc.

(5) Náklady na zdravotní služby, jejichž kompenzační výše úhrady je ve vyhlášce č. 242/2021 Sb. stanovena v korunách českých a na jejichž ocenění se nepoužijí odstavce 2 až 4, se ocení částkou stanovenou ve vyhlášce č. 242/2021 Sb.

(6) Náklady na zdravotní služby, na jejichž ocenění se nepoužijí odstavce 2 až 5, se ocení součinem hodnoty bodu podle § 3 a počtu bodů zdravotního výkonu stanoveného podle seznamu výkonů účinného v roce, v němž byly zdravotní služby poskytnuty. K ocenění podle věty první se u ošetrovacích dnů č. 00017 podle seznamu výkonů poskytnutých pacientům s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí dále přičte částka 39 967 Kč, pokud se jedná o ošetrovací dny poskytnuté do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů.

(7) Náklady na zdravotní služby, na jejichž ocenění se nepoužijí odstavce 2 až 6, se ocení uplatněnou výší úhrady za poskytnuté zdravotní služby.

§ 3

Při ocenění podle § 2 odst. 6 se použije pro

- a) ambulantní péči vykázanou v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hodnota bodu ve výši 1,07 Kč,
- b) hemodialyzační péči hodnota bodu ve výši 0,82 Kč,
- c) zdravotní služby vykázané poskytovateli zdravotnické záchranné služby nebo poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hodnota bodu ve výši 1,17 Kč,
- d) zdravotní služby vykázané v rámci lékařské pohotovostní služby hodnota bodu ve výši 1 Kč,
- e) zvláštní ambulantní péči hodnota bodu ve výši 1,16 Kč,

- f) zdravotní služby vykázané poskytovateli v oboru praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, včetně výkonů přepravy zdravotnických pracovníků vykázaných těmito odbornostmi, hodnota bodu ve výši 1,16 Kč,
- g) ambulantní péči v odbornostech 809 a 810 podle seznamu výkonů včetně magnetické rezonance, počítačové tomografie a denzitometrie hodnota bodu ve výši 0,94 Kč,
- h) ambulantní péči v odbornostech 222, 403, 801, 802, 807, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů, s výjimkou výkonů screeningu děložního hrdla, hodnota bodu ve výši 0,74 Kč,
- i) ambulantní péči v odbornostech 911, 914, 916, 921, 925 a 926 podle seznamu výkonů a výkony přepravy zdravotnických pracovníků vykázaných těmito odbornostmi hodnota bodu ve výši 1,06 Kč,
- j) ambulantní péči v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů a výkony přepravy zdravotnických pracovníků vykázaných těmito odbornostmi hodnota bodu ve výši 0,81 Kč,
- k) zdravotní služby vykázané poskytovateli zdravotnické dopravní služby hodnota bodu ve výši 1,23 Kč,
- l) zdravotní služby následné intenzivní péče, následné ventilační péče, následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče vykázané poskytovateli následné a dlouhodobé lůžkové péče hodnota bodu ve výši 1,27 Kč,
- m) ambulantní péči neuvedenou v písmenech a) až l) hodnota bodu ve výši 1,05 Kč.

§ 4

Zrušovací ustanovení

Vyhláška č. 175/2021 Sb., o způsobu oceňování nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování, se zrušuje.

§ 5

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem následujícím po dni jejího vyhlášení.

Ministr zdravotnictví:

prof. MUDr. Válek, CSc., MBA, EBIR, v. r.

Ministr financí:

Ing. Stanjura v. r.

Příloha k vyhlášce č. 98/2022 Sb.

Ocenění nákladů na zdravotní služby vykázané poskytovateli zvláštní lůžkové péče a následné a dlouhodobé lůžkové péče, s výjimkou nákladů na zdravotní služby následné intenzivní péče, následné ventilační péče, následné komplexní léčebně rehabilitační péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

Náklady na zdravotní služby vykázané poskytovateli zvláštní lůžkové péče a následné a dlouhodobé lůžkové péče, s výjimkou nákladů na zdravotní služby následné intenzivní péče, následné ventilační péče, následné komplexní léčebně rehabilitační péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, se ocení podle typu ošetrovacího dne a kategorie pacienta podle seznamu výkonů takto:

Ošetrovací den	Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů	Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů
00005	1 867,87	2 020,55	2 256,51	2 440,10	2 728,06
00021	2 583,16	2 782,86	3 037,51	3 243,41	3 356,89
00022	2 142,91	2 303,41	3 134,38	3 369,23	3 585,20
00023	2 008,15	2 358,62	2 590,85	2 785,32	3 171,82
00024	2 201,94	2 385,55	2 618,48	2 796,13	2 971,22
00025	5 385,80	5 682,06	6 068,14	6 203,82	6 349,95
00026	2 864,33	3 201,63	3 477,13	3 669,98	4 134,77
00027	2 142,89	2 386,64	3 053,68	3 284,22	3 378,69
00028	3 969,45	4 157,25	4 533,99	5 017,85	5 364,43
00029	2 602,59	2 777,79	3 009,00	3 291,09	3 556,52
00030	2 032,60	2 135,06	2 295,63	2 400,98	2 506,33
00031	569,358				
00032	569,358				

99

VYHLÁŠKA

ze dne 26. dubna 2022

o nastavitelných parametrech přerozdělování pojistného veřejného zdravotního pojištění pro rok 2023

Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí stanoví podle § 21f písm. a) zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění zákona č. 145/2017 Sb.:

§ 1

Nastavitelné parametry přerozdělování

Nastavitelné parametry přerozdělování a jejich hodnoty jsou stanoveny v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 2

Obsah, struktura a formát údajů pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování

(1) Údaje pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování jsou údaje o

- a) anonymizaci pojištěnce podle bodu 1 přílohy č. 2 k této vyhlášce,
- b) registrovaných pojištěncích podle bodu 2 přílohy č. 2 k této vyhlášce,
- c) nákladech na zdravotní služby oceněné podle vyhlášky č. 98/2022 Sb., o způsobu oceňování

nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování, podle bodu 3 přílohy č. 2 k této vyhlášce a

- d) spotřebě léčivých přípravků podle bodu 4 přílohy č. 2 k této vyhlášce.

(2) Požadavky na obsah, strukturu a formát údajů podle odstavce 1 jsou stanoveny v příloze č. 2 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovny zašlou Ministerstvu zdravotnictví ve lhůtě podle § 20c zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění údaje podle odstavce 1. Zdravotní pojišťovny použijí při zpracování údajů podle odstavce 1 anonymizační tabulky podle přílohy č. 2 k této vyhlášce, které jim správce centrálního registru pojištěnců poskytne nejpozději 2 měsíce před uplynutím uvedené lhůty.

§ 3

Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 30. dubna 2022.

Ministr zdravotnictví:

prof. MUDr. Válek, CSc., MBA, EBIR, v. r.

Ministr financí:

Ing. Stanjura v. r.

Nastavitelné parametry přerozdělování a jejich hodnoty

Nastavitelné parametry přerozdělování podle § 20a odst. 2 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, použité pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování účinných od 1. ledna 2023 do 31. prosince 2023, se stanoví takto:

1. Seznam farmaceuticko-nákladových skupin ve formátu podle oddílu A odst. 1 přílohy č. 2 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

Číslo	Kód	Název	Definiční skupiny léčiv	Vyřazovací pravidla
1	THY	Poruchy štítné žlázy	H03A, H03B	
2	PSY	Antipsychotika, Alzheimerova choroba, léčba závislostí	N05A mimo (N05AL03, N05AN01), N06DA, N06DX01, N07BC51	
3	DEP	Léčba antidepresiv	N06A	ne, pokud zároveň PSY
4	CHO	Hypercholesterolémie	C10 mimo (C10AC01, C10BX03)	ne, pokud zároveň DM1, DM2, DMH
5	DMH	Diabetes s hypertenzí	A10 a zároveň C02 mimo (C02KX, C02CA04), C03 mimo (C03CA01, C03DA04), C07, C08 mimo (C08CA06), C09 mimo (C09DX04)	ne, pokud zároveň DM1
6	COP	Těžké astma, chronická obstrukční choroba plic	R03AC18, R03BB	ne, pokud zároveň PAH
7	AST	Astma	R03 mimo (R03AC18, R03BB, R03CA02, R03BC01, R03CC13)	ne, pokud zároveň PAH, COP
8	DM2	Diabetes typu II	A10	ne, pokud zároveň DM1, DMH
9	EPI	Epilepsie	N03 mimo (N03AX12, N03AX16), N05BA09	
10	CRO	Crohnova choroba, ulcerózní kolitida	A07EA06, A07EC02	

11	KVS	Srdeční choroby	C01A, C01B, C01D, C01EB15, C01EB17, C03CA01, C03DA04, C09DX04	ne, pokud zároveň PAH
12	TNF	Chronická zánětlivá onemocnění léčená biologickou léčbou	D11AH05, L04AA24, L04AA29, L04AA32, L04AA33, L04AA37, L04AA44, L04AB, L04AC	
13	REU	Revmatické choroby léčené jinak než inhibitory TNF	A07EC01, L04AA13, L04AX03, M01CC01, P01BA02	ne, pokud zároveň TNF
14	PAR	Parkinsonova choroba	N04B	
15	DMI	Diabetes typu I	A10A	
16	TRA	Transplantace	L04AA06, L04AA10, L04AA18, L04AC02, L04AD01, L04AD02, L04AX01	ne, pokud zároveň CRO
17	CFP	Cystická fibróza a onemocnění exokrinní funkce pankreatu	J01GB01, J01XB01, R05CB13	
18	CNS	Onemocnění mozku a míchy	L03AB07, L03AB08, L03AB13, L03AX13, L04AA23, L04AA27, L04AA31, L04AA34, L04AA36, L04AA40, L04AA42, L04AA52, L04AX07, M03BX01, M03BX02	ne, pokud zároveň RSK
19	ONK	Malignity	L01, L03AA, L03AX16, L04AX04, L04AX06	
20	HIV	HIV, AIDS	J05AE, J05AF mimo (J05AF08, J05AF10, J05AF11), J05AG, J05AR, J05AX mimo (J05AX05, J05AX18)	ne, pokud zároveň HAR
21	REN	Renální selhání	B03X, V03AE	
22	RAS	Léčba růstovým hormonem	H01AC01, H01AC03	
23	HOR	Hormonální onkologická léčba	L02	
24	NPP	Neuropatická bolest	N01BX04, N03AX12, N03AX16	

25	AMG	Akromegalie	H01AX01, H01CB02, H01CB03	
26	CAK	Chronická antikoagulace	B01AE07, B01AF01, B01AF02, B01AF03	
27	PAH	Plicní arteriální hypertenze	B01AC09, B01AC11, B01AC21, B01AC27, C02KX01, C02KX02, C02KX05, G04BE03, G04BE08	
28	HAR	HIV, AIDS – léčba bez využití antiretrovirotik	J05AE, J05AR, J05AX mimo (J05AX05, J05AX18)	
29	IDS	Imunodeficitní syndrom	J06BA01, J06BA02	
30	RSK	Těžká roztroušená skleróza	L04AA23, L04AA27, L04AA34, L04AA36, L04AA40, L04AA42, L04AA52, L04AX07	
31	MDG	Makulární degenerace	S01LA	

2. Seznam kombinací věkové skupiny s farmaceuticko-nákladovou skupinou a dvou farmaceuticko-nákladových skupin navzájem se nestanoví.

3. Hodnota koeficientu pro výpočet zajišťovací konstanty se stanoví ve výši 133.

4. Hodnota hranice spotřeby léčiv pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny se stanoví ve výši 181.

Požadavky na obsah, strukturu a formát údajů pro výpočet vypočítaných parametrů přerozdělování

1. Údaje o anonymizaci pojištěnce

1.1 Osoby

Správce centrálního registru pojištěnců vytvoří tabulky obsahující údaje o anonymizaci pojištěnce (dále jen „anonymizační tabulka“) podle bodů 1.2 až 1.5.

1.2 Časové období a rozsah dat

Anonymizační tabulky obsahují záznamy o všech pojištěncích, které správce centrálního registru pojištěnců eviduje v období od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2021 nebo jeho části jako pojištěnce veřejného zdravotního pojištění.

1.3 Struktura Základní anonymizační tabulky

Údaje vztahující se k jednotlivým pojištěncům definovaným v bodě 1.2 se uvedou jako jeden záznam tabulky (řádek datového souboru) v této struktuře:

Atribut	Typ	Popis
IDPoj	INT(10)	Anonymní identifikátor podle oddílu F přílohy č. 2 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění
ČísloPojištěnce	CHAR (10)	Číslo pojištěnce přidělené zdravotní pojišťovnou

Podrobnosti a vysvětlivky k datovému formátu jsou uvedeny v popisu datového rozhraní v bodě 5.

1.4 Vytvoření anonymizačních tabulek pro jednotlivé zdravotní pojišťovny

Správce centrálního registru pojištěnců ze Základní anonymizační tabulky vytvoří pro každou zdravotní pojišťovnu 1 anonymizační tabulku ve struktuře podle bodu 1.3. Anonymizační tabulka pro danou zdravotní pojišťovnu obsahuje údaje ze Základní anonymizační tabulky o pojištěncích, kteří byli evidováni jako pojištěnci dané zdravotní pojišťovny alespoň část časového období podle bodu 1.2.

1.5 Název předávaného souboru

Předávané soubory obsahující anonymizační tabulky pro zdravotní pojišťovny správce centrálního registru pojištěnců nazve „PojistenciIdentifikace_KZP.csv“, kde se jako KZP uvede kód příslušné zdravotní pojišťovny.

2. Údaje o registrovaných pojištěncích

2.1 Osoby

Zdravotní pojišťovna vytvoří tabulku obsahující údaje o svých registrovaných pojištěncích (dále jen „registrační tabulka“) podle bodů 2.2 až 2.5.

2.2 Časové období

Registrační tabulka obsahuje údaje o pojištěncích zdravotní pojišťovny v období od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2021.

2.3 Rozsah dat

V registrační tabulce jsou údaje o pojištěncích dané zdravotní pojišťovny, kteří jsou uvedeni v anonymizační tabulce podle bodu 1.1 a které zdravotní pojišťovna v časovém období podle bodu 2.2 nebo jeho části identifikovala jako své pojištěnce.

2.4 Struktura registrační tabulky

V registrační tabulce odpovídá každé registraci pojištěnce dané zdravotní pojišťovny podle bodu 2.3 v časovém období podle bodu 2.2 nebo jeho části jeden záznam. Pojištěnec je v registrační tabulce uveden vícekrát, pokud v průběhu uvedeného časového období přestal být pojištěncem zdravotní pojišťovny a poté se k této zdravotní pojišťovně opět přihlásil.

Údaje se do registrační tabulky uvedou v této struktuře:

Atribut	Typ	Popis
IDPoj	INT (10)	Anonymní identifikátor podle oddílu F přílohy č. 2 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění
Pojištěncem od	DATE	Datum začátku pojištění (registrace)
Pojištěncem do	DATE	Datum ukončení pojištění (registrace)
Rok narození	INT (4)	Rok narození
Měsíc narození	INT (2)	Měsíc narození
Pohlaví	CHAR (1)	Poslední dostupný údaj o pohlaví pojištěnce. Uvede se „M“ pro mužské pohlaví a „Z“ pro ženské.

Podrobnosti a vysvětlivky k datovému formátu jsou uvedeny v popisu datového rozhraní v bodě 5.

2.5 Název předávaného souboru

Předávaný soubor obsahující registrační tabulku zdravotní pojišťovna nazve „Pojistenci.csv“.

3. Údaje o nákladech na zdravotní služby

3.1 Osoby

Zdravotní pojišťovna vytvoří podle bodů 3.2 až 3.5 tabulku obsahující údaje o nákladech na zdravotní služby (dále jen „tabulka nákladů“).

3.2 Časové období

V tabulce nákladů jsou uváděny údaje o nákladech vykázaných v kalendářním roce 2021.

3.3 Rozsah dat

V tabulce nákladů jsou uvedeny údaje o všech pojištěncích, kteří byli uvedeni v registrační tabulce a zároveň byli pojištěnci dané zdravotní pojišťovny v časovém období podle bodu 3.2, a to i pokud zdravotní pojišťovna v tomto časovém období žádné náklady na tyto pojištěnce neviduje.

3.4 Struktura tabulky nákladů

Každému pojištěnci odpovídá 1 záznam tabulky (řádek datového souboru) a údaje se do tabulky nákladů uvedou v této struktuře:

Atribut	Typ	Popis
IDPoj	INT (10)	Anonymní identifikátor podle oddílu F přílohy č. 2 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění
Náklady	INT	Náklady pojištěnce v období podle bodu 3.2 oceněné podle vyhlášky č. 98/2022 Sb., o způsobu oceňování nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování, zaokrouhlené na celé číslo podle matematických pravidel pro zaokrouhlování.

Podrobnosti a vysvětlivky k datovému formátu jsou uvedeny v popisu datového rozhraní v bodě 5.

3.5 Název předávaného souboru

Předávaný soubor obsahující tabulku nákladů zdravotní pojišťovna nazve „Naklady.csv“.

4. Údaje o spotřebě léčivých přípravků

4.1 Osoby

Zdravotní pojišťovna vytvoří podle bodů 4.2 až 4.5 tabulku obsahující údaje o spotřebě léčivých přípravků (dále jen „tabulka spotřeby“).

4.2 Časové období

Tabulka spotřeby obsahuje údaje za období od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2021.

4.3 Rozsah dat

V tabulce spotřeby jsou uvedeny údaje o všech pojištencích, kteří byli uvedeni v registrační tabulce.

V tabulce spotřeby jsou zahrnuty údaje o veškeré spotřebě hromadně vyráběných léčivých přípravků v časovém období podle bodu 4.2, které byly předepsány a vydány na recept, a hromadně vyráběných léčivých přípravků, které byly spotřebovány v období podle bodu 4.2 v rámci poskytnutí zdravotních služeb a vykázány jako zvlášť účtované léčivé přípravky.

V tabulce spotřeby nejsou zahrnuty údaje o spotřebě hromadně vyráběných léčivých přípravků, které nebyly uznány zdravotní pojišťovnou.

4.4 Struktura tabulky spotřeby

Každému případu vydání nebo spotřeby léčivého přípravku každého pojištěnce odpovídá jeden záznam tabulky spotřeby (řádek datového souboru) a údaje se do tabulky spotřeby uvedou v této struktuře:

Atribut	Typ	Popis
IDPoj	INT (10)	Anonymní identifikátor podle oddílu F přílohy č. 2 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění
Kód HVLP	CHAR	Kód léčivého přípravku podle § 32 odst. 5 zákona o léčivech přidělený Státním ústavem pro kontrolu léčiv a zveřejněný jako součást seznamu registrovaných léčivých přípravků
Množství	DECIMAL	Počet vydaných nebo spotřebovaných balení léčivého přípravku, zaokrouhlený na dvě desetinná místa podle matematických pravidel pro zaokrouhlování
Datum poskytnutí léčivého přípravku	DATE	Datum vydání léčivého přípravku na recept či aplikace zvlášť účtovaného léčivého přípravku

Podrobnosti a vysvětlivky k datovému formátu jsou uvedeny v popisu datového rozhraní v bodě 5 této přílohy.

4.5 Název předávaného souboru

Předávaný soubor obsahující tabulku spotřeby zdravotní pojišťovna nazve „SpotrebaLeky.csv“.

5. Popis datového rozhraní

5.1 Datové typy

Popis datových typů:

CHAR – textový řetězec.

CHAR(n) – textový řetězec o maximálním počtu znaků n.

DATE – datum ve formátu RRRR-MM-DD, včetně úvodních nul.

INT – nezáporné celé číslo.

INT(n) – nezáporné celé číslo o maximálním počtu cifer n.

DECIMAL – desetinné číslo s tečkou jako desetinným symbolem.

5.2 Formát souborů

Každá tabulka je předávána jako samostatný textový soubor s příponou „.csv“. Formát souboru je následující:

Každý záznam tabulky je v textovém souboru uveden na jednom řádku.

Kódování obsahu souboru: ASCII (nejsou použity znaky s diakritikou).

Oddělovač řádků: CR+LF.

Jednotlivé atributy řádku jsou odděleny znakem „|“ (znak s ascii kódem 124).

Hodnoty v buňkách tabulky nejsou ohraničeny žádnými oddělovači textu.

Názvy sloupců tabulky nejsou součástí souboru.

5.3 Kompletace dat pro předání

Soubory předávané zdravotními pojišťovnami jsou archivovány do jednoho souboru „.zip“ s názvem „KZP-RRRR-MM-DD.zip“, kde RRRR-MM-DD je datum vytvoření tohoto souboru a jako KZP se uvede kód zdravotní pojišťovny.

100

VYHLÁŠKA

ze dne 22. dubna 2022,

kterou se mění vyhláška č. 242/2021 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 1 odst. 2 zákona č. 160/2021 Sb., o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené zdravotní služby zohledňujících dopady epidemie onemocnění COVID-19 v roce 2021:

Čl. I

Vyhláška č. 242/2021 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2021, se mění takto:

1. V § 15 odst. 1 písm. a) se číslo „1,13“ nahrazuje číslem „1,23“.
2. V § 15 odst. 1 písm. b) se číslo „0,92“ nahrazuje číslem „1,00“.
3. V § 15 odst. 2 se číslo „1,02“ nahrazuje číslem „1,11“.
4. V § 17 odstavce 1 a 2 znějí:

„(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 107,7 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019 násobené koeficientem $KompenzaceDPK_{COVID}$. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada 1 dne pobytu za rok 2019 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. Koeficient $KompenzaceDPK_{COVID}$ se pro účely stanovení celkové úhrady pro rok 2021 vypočte následovně:

$$KompenzaceDPK_{COVID} = \max \left\{ 1; 0,93 * \frac{PDPK_{2019}}{PDPK_{2021}} * \min \left(\sqrt[3]{\frac{PDPK_{2021}}{0,705 * PDPK_{2019}}}; 1 \right) \right\}$$

kde:

$KompenzaceDPK_{COVID}$ je koeficient kompenzace za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané dny pobytu komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé, děti a dorost v hodnoceném období.

$PDPK_{2021}$ je počet dnů pobytu v rámci komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé, děti a dorost poskytnutých v hodnoceném období, poskytovatelem vykázaných do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. května 2022.

$PDPK_{2019}$ je počet dnů pobytu v rámci komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé, děti a dorost poskytnutých v referenčním období, poskytovatelem vykázaných do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. května 2020.

(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 107,7 % smluvně sjednané úhrady za 1 den pobytu pro rok 2019 násobené koeficientem $KompenzaceDPP_{COVID}$. Nebyla-li úhrada za 1 den pobytu pro rok 2019 sjednána do 31. prosince 2019 včetně, stanoví se úhrada 1 dne pobytu za rok 2019 ve výši úhrady hrazené srovnatelným poskytovatělem. Koeficient $KompenzaceDPP_{COVID}$ se pro účely stanovení celkové úhrady pro rok 2021 vypočte následovně:

$$KompenzaceDPP_{COVID} = \max \left\{ 1; 0,93 * \frac{PDPP_{2019}}{PDPP_{2021}} * \min \left(\sqrt[3]{\frac{PDPP_{2021}}{0,538 * PDPP_{2019}}}; 1 \right) \right\}$$

kde:

$KompenzaceDPP_{COVID}$ je koeficient kompenzace za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané dny pobytu příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé, děti a dorost v hodnoceném období.

$PDPP_{2021}$ je počet dnů pobytu v rámci příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé, děti a dorost poskytnutých v hodnoceném období, poskytovatelem vykázaných do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. května 2022.

$PDPP_{2019}$ je počet dnů pobytu v rámci příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé, děti a dorost poskytnutých v referenčním období, poskytovatelem vykázaných do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 31. května 2020.“.

5. V příloze č. 1 části A bod 2.5 zní:

„2.5 U případů hospitalizace s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, ukončených v hodnoceném období, zařazených podle pravidel pro Klasifikaci, se úhrada poskytovateli navyšuje o 1 000 Kč za každý OD, s výjimkou OD č. 00051 až 00078 podle seznamu výkonů, poskytnutý do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů. Toto navýšení úhrady se nezapočítá do úhrady podle bodů 3 až 6.“.

6. V příloze č. 1 části A bodu 7.2 se za slova „části A bodu 1 a 2“ vkládají slova „a části C“.

7. V příloze č. 1 části A bodu 8 se doplňuje bod 8.5, který zní:

„8.5 Poskytovateli, který poskytuje zdravotní služby jednodenní péče podle § 8 zákona o zdravotních službách, se úhrada navýší o částku vypočtenou následovně:

$$\text{Kompenzace}_{JP} = 0,75 * \max\{1,02 * \text{Úhrada}_{2019,JP}^{M1-4} - \text{Úhrada}_{2021,JP}^{M1-4}; 0\}$$

kde:

$\text{Úhrada}_{2019,JP}^{M1-4}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní služby jednodenní péče poskytnuté v prvních 4 měsících referenčního období.

$\text{Úhrada}_{2021,JP}^{M1-4}$ je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní služby jednodenní péče poskytnuté v prvních 4 měsících hodnoceného období.“.

8. V příloze č. 1 části B bod 1 včetně nadpisu zní:

„1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetřovacího dne 00005 a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona

- a) Výše úhrady za hrazené služby vykazované OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví součinem počtu vykázaných OD a paušální sazby za jeden den hospitalizace podle písmen b) a h). Výše úhrady za hrazené služby vykazované OD 00005 a 00021 až 00030 se stanoví následovně:

$$\text{Úhrada}_i = \sum_{j=1}^5 (\text{OD}_{2021,ij} * \text{PS}_{\text{OD},2021,ij})$$

kde:

Úhrada_i je úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané OD typu i v hodnoceném období.

i představuje typy OD 00005 a 00021 až 00030 vykazované poskytovatelem v hodnoceném období.

$\text{PS}_{\text{OD},2021,ij}$ je výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období pro OD typu i a kategorii pacienta typu j podle písmen b) až g) a písmene l).

j představuje kategorie pacienta a nabývá hodnot 1 až 5.

$\text{OD}_{2021,ij}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných OD typu i a kategorie j v hodnoceném období.

- b) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného OD včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, výkony, kterými se vykazují příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.
- c) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období pro OD typu i a kategorii pacienta typu j , s výjimkou dnů hospitalizace OD 00021, 00026, 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2021,ij} = KN * PS_{OD,2020,ij} * KompenzaceOD_{i,COVID}$$

kde:

$PS_{OD,2020,ij}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2020 pro OD typu i a kategorii pacienta typu j , včetně navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třisměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetrovací den, a bez navýšení úhrady plynoucích z plnění kvalitativních kritérií v roce 2020.

KN KN je koeficient navýšení podle písmen d) a e).

$KompenzaceOD_{i,COVID}$ je koeficient kompenzace OD typu i , který se stanoví následovně:

$$KompenzaceOD_{i,COVID} = \max \left\{ 1; 0,97 * \frac{OD_{2019,i}^{31.03}}{OD_{2021,i}^{31.03}} * \min \left(\sqrt[3]{\frac{OD_{2021,i}^{31.03}}{Koeff_i^{prop} * OD_{2019,i}^{31.03}}}; 1 \right) \right\}$$

kde:

$OD_{2019,i}^{31.03}$ je počet OD typu i za hrazené zdravotní služby poskytovatelem poskytnuté v referenčním období, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

$OD_{2021,i}^{31.03}$ je počet OD typu i za hrazené zdravotní služby poskytovatelem poskytnuté v hodnoceném období, poskytovatelem vykázané do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2022.

$Koeff_i^{prop}$ představuje koeficient propadu produkce pro OD typu i podle následující tabulky:

Typ OD	Hodnota $Koeff_i^{prop}$
00005	0,85
00021	0,84
00022	0,87
00023	0,89
00024	0,86
00025	0,95
00026	0,86
00027	1,00
00028	0,58
00029	0,78
00030	0,95

- d) KN se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:
- i. Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
 - ii. Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,08,
 - iii. Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09,
 - iv. Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09,
 - v. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,09.
- e) KN definovaný v písmenu d) se dále navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje. Zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kvalitativního kritéria po skončení hodnoceného období. Jedná se o následující kritéria vázaná na daný typ OD:
- i. Personální zabezpečení (vztaheno k úvazku na sledovaném pracovišti):
 - (1) Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a 00030,
 - (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
 - (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,
 - (4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
 - (5) Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a 00030.
 - ii. Technické vybavení:
 - (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024,
 - (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024.
- f) Paušální sazba za jeden den hospitalizace OD 00021 a 00026 bude stanovena podle písmene c), přičemž pro kategorie pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů se pro tyto OD stanoví hodnota KN ve výši 1,12 do sto dvacátého dne hospitalizace a hodnota 1,08 od sto dvacátého prvního dne hospitalizace. Počet dní se počítá od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2021, délka hospitalizace se počítá od 1. ledna 2021. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se hodnota KN stanoví ve výši 1,09.
- g) Stanovení výše paušální sazby OD 00021 a OD 00026 podle písmene f) je podmíněno plněním transformačního plánu restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví. V případě neplnění tohoto plánu se výše paušální sazby stanoví podle písmene c).
- h) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2020, navýšené o 4 %.
- i) Výše úhrady se navyšuje o 1 000 Kč za každý den hospitalizace u pojištěnce s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí, poskytnutý v hodnoceném období a zdravotní pojišťovnou uznaný, poskytnutý do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů.

- j) Záloha na kompenzaci se poskytuje poskytovateli měsíčně, a to vždy do dvacátého dne od skončení měsíce, na který je záloha kalkulována. Výše měsíční zálohy se stanoví následovně:

$$Záloha_{kompenzace,m} = \max \left\{ 0; \sum_{i=1}^n \left[PS_{OD,2021,i} * \sum_{j=1}^m (OD_{2019,ij} - OD_{2021,ij}) \right] - \sum_{k=1}^{m-1} Záloha_{kompenzace,k} \right\}$$

kde:

$Záloha_{kompenzace,m}$ je záloha na kompenzaci v měsíci m hodnoceného období.

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je celkový počet kombinací kategorie pacienta a typu OD vykazovaných poskytovatelem v hodnoceném období.

$PS_{OD,2021,i}$ je výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období pro kombinaci kategorie pacienta a typu OD i , podle písmen b) až h).

j představuje měsíce v roce a nabývá hodnot 1 až m , kde m je měsíc, pro který je kalkulována záloha na kompenzaci.

$OD_{2019,ij}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných ošetřovacích dnů typu a kategorie i v měsíci j referenčního období.

$OD_{2021,ij}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných ošetřovacích dnů typu a kategorie i v měsíci j hodnoceného období.

k představuje měsíce v roce a nabývá hodnot 1 až $m-1$, kde m je měsíc, pro který je kalkulována záloha na kompenzaci.

$Záloha_{kompenzace,k}$ je záloha na kompenzaci v měsíci k hodnoceného období.

- k) Záloha na kompenzaci podle písmene j) za měsíc červenec 2021 se navýší o úhradu podle písmene i) vztahující se ke dnům hospitalizace poskytovatelem vykázaným do 31. července 2021 a zdravotní pojišťovnou uznaným.
- l) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen e), f) a g) a výše paušální sazby za OD 00021, 00026 se stanoví podle písmene c).
- m) Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 12 k této vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny.“.

9. V příloze č. 1 části B bodu 2 písm. a) se číslo „1,22“ nahrazuje číslem „1,46“ a číslo „1,19“ se nahrazuje číslem „1,47“.

10. V příloze č. 1 části B bodu 2 písmeno g) zní:

- „g) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný OD 00015, 00020, 00033 a 00035 podle seznamu výkonů, poskytnutý v hodnoceném období pacientům s diagnózou U07.1 podle mezinárodní klasifikace nemocí do 20 dnů od prvního poskytnutí výkonu č. 82301 podle seznamu výkonů nebo výkonu screeningového testování COVID-19 pomocí metody PCR s pozitivním výsledkem nebo výkonu o průkazu antigenu SARS-CoV-2 s pozitivním výsledkem v případě, že nebyl poskytnut výkon č. 82301 ani 82302 podle seznamu výkonů, kterýmkoliv poskytovatelem během posledních 180 kalendářních dnů, se poskytovateli navyšuje úhrada o 1 000 Kč.“.

11. V příloze č. 3 části A bodu 2 se věta první nahrazuje větou „Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči nevedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč, s výjimkou odborností podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu v části C, a s výjimkou výkonu č. 89312 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,06 Kč.“.

12. Na konci přílohy č. 3 se doplňuje část C, která včetně nadpisu zní:

„C) Hodnota bodu po odbornostech

1. Pro následující odbornosti podle seznamu výkonů se stanoví následující hodnota bodu:

Odbornost podle seznamu výkonů	Hodnota bodu
106	1,37
203	1,17
208	1,09
301	1,24
402	1,06
501	1,06
502	1,11
504	1,14
506	1,07
601	1,09
607	1,14
704	1,42
708	1,24
780	1,25

..“.

13. V příloze č. 8 části A bodu 1 se číslo „0,95“ nahrazuje číslem „0,97“ a číslo „0,79“ se nahrazuje číslem „0,81“.

Čl. II Účinnost

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem následujícím po dni jejího vyhlášení.

Ministr zdravotnictví:

prof. MUDr. Válek, CSc., MBA, EBIR, v. r.

101**VYHLÁŠKA**

ze dne 20. dubna 2022

o systému epidemiologické bdělosti pro onemocnění COVID-19

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 108 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 274/2001 Sb., zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 392/2005 Sb., zákona č. 222/2006 Sb., zákona č. 110/2007 Sb. a zákona č. 267/2015 Sb., (dále jen „zákon“) k provedení § 62 odst. 1 a 3 písm. b) a § 75a odst. 1 a 4 zákona:

§ 1

(1) Tato vyhláška zavádí systém epidemiologické bdělosti (dále jen „surveillance“) pro onemocnění COVID-19 a v příloze č. 1 k této vyhlášce stanoví

- a) základní charakteristiku, klinickou definici a klasifikaci onemocnění COVID-19,
- b) postupy při epidemiologickém šetření při po-

dezření na výskyt onemocnění COVID-19 a druhy protiepidemických opatření a způsob jejich provádění a

- c) rozsah shromažďovaných údajů, způsob a lhůty jejich hlášení.

(2) Tato vyhláška dále stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce další údaje uváděné v žádance o laboratorní vyšetření na přítomnost viru SARS-CoV-2 nebo antigenu viru SARS-CoV-2 zasílané elektronickou formou prostřednictvím informačních systémů orgánů ochrany veřejného zdraví.

§ 2**Účinnost**

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. května 2022.

Ministr zdravotnictví:

prof. MUDr. Válek, CSc., MBA, EBIR, v. r.

Surveillance onemocnění COVID-19

Čl. 1

Základní charakteristika a klinická definice onemocnění COVID-19

Původcem onemocnění COVID-19 je koronavirus SARS-CoV-2. Jedná se o akutní infekční onemocnění, které může mít i bezpříznakový průběh, v případě výskytů příznaků se jedná o onemocnění s převažujícím postižením respiračního traktu, které se nejčastěji projevuje horečkou, suchým dráždivým kašlem, rýmou, únavou, malátností, dušností, bolestí svalů a kloubů. Mezi méně časté příznaky se řadí průjem a nechutenství, pocit na zvracení a zvracení, bolest nebo škrábání v krku, u závažných případů zápal plic. Z dalších příznaků onemocnění COVID-19 se mohou vyskytnout ztráta čichu a chuti, bolesti hlavy, zánět spojivek, snížení krevního tlaku, zrychlené dýchání, zrychlení srdeční frekvence a vylučování nedostatečného množství moči. Výjimečně se může objevit výsev kožního exantému nebo postižení dalších orgánů, například srdce v podobě myokarditidy nebo jiného poškození srdce a cév, akutní poškození ledvin, neurologická manifestace, hyperkoagulační stav se vznikem tepenných i žilních trombóz a rizikem plicní embolie. Klinické projevy ve stáří mohou být nenápadné, někdy se jedná o nespecifické zhoršení zdravotního stavu s apatií, zmateností, závratěmi nebo dehydratací. U dětí se může rozvinout syndrom multisystémové zánětlivé odpovědi asociovaný s COVID-19.

Čl. 2

Klasifikace onemocnění

- I. Onemocnění COVID-19 se klasifikuje jako
 1. možný, pravděpodobný nebo potvrzený případ
 - A. možný případ splňuje klinická kritéria, kterými jsou přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků: kašel, horečka, dušnost, náhlá ztráta čichu nebo porucha nebo ztráta chuti,
 - B. pravděpodobný případ splňuje
 - i. klinická kritéria minimálně s jednou z následujících epidemiologických souvislostí:
 - a) epidemiologicky významný kontakt s potvrzeným případem onemocnění COVID-19 během 14 dnů před nástupem příznaků onemocnění COVID-19,
 - b) pobyt nebo práce ve zdravotnickém zařízení, v němž se poskytuje lůžková zdravotní péče, nebo v zařízení sociálních služeb, v nichž byl potvrzen přenos onemocnění COVID-19 během 14 dnů před nástupem klinických příznaků, nebo
 - c) pobyt v oblastech nebo návrat z oblastí s komunitním přenosem nákazy, nebo
 - ii. diagnostická zobrazovací kritéria, kterými jsou radiologický nález potvrzující poškození plic odpovídající onemocnění COVID-19,
 - C. potvrzený případ, který splňuje laboratorní kritéria, kterými jsou
 - a) detekce nukleové kyseliny viru SARS-CoV-2 v biologickém materiálu z horních cest dýchacích, dolních cest dýchacích, bioptického materiálu, z rohovky nebo dalších relevantních klinických materiálů, v případě úmrtí stěry z průdušnice nebo plic anebo případně vzorky z myokardu odebrané do virologického transportního média, nebo

- b) detekce antigenu viru SARS-CoV-2 v biologickém materiálu z horních cest dýchacích u případů splňujících klinická kritéria, nebo
 - c) průkaz N antigenu viru SARS-CoV-2 v krvi.
2. Podezření na opakovanou nákazu (dále jen „suspektní reinfekce“) COVID-19, které je definováno jako nově zjištěný pozitivní výsledek testu na přítomnost viru SARS-CoV-2 pomocí metody polymerázové řetězové reakce s reverzní transkripcí (dále jen „RT-PCR“), nebo na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2 rychlým antigenním testem (dále jen „RAT“) 60 a více dní po
- a) předchozím pozitivním výsledku RT-PCR,
 - b) předchozím pozitivním výsledku RAT, nebo
 - c) předchozí pozitivní sérologii, a to anti-spike SARS-CoV-2 IgG Ab u osob neočkovaných proti onemocnění COVID-19 nebo anti-nukleocapsid SARS-CoV-2 IgG Ab u osob očkovaných proti onemocnění COVID-19.
3. Úmrtí v důsledku onemocnění COVID-19 je pro účely surveillance definováno jako úmrtí v důsledku onemocnění u pravděpodobného nebo potvrzeného případu onemocnění COVID-19, nebo náhlé úmrtí s následně laboratorně potvrzeným patologickým nálezem, pokud neexistuje jasná alternativní příčina smrti, která nemůže souviset s onemocněním COVID-19, například trauma, nádorové onemocnění nebo závažný imunodeficit. Mezi nemocí a úmrtím by nemělo být žádné období úplného zotavení organismu.

Čl. 3

Shromažďování údajů a způsob a lhůty jejich hlášení

1. Poskytovatel zdravotních služeb, který poskytuje lůžkovou péči, zasílá hlášení o onemocnění COVID-19 místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví elektronickou formou prostřednictvím registru aktuálního zdravotního stavu fyzických osob orgánů ochrany veřejného zdraví. Hlášení se provádí bez zbytečného odkladu, nejméně jedenkrát denně.
2. Hlášení poskytovatele zdravotních služeb podle bodu 1 obsahuje
- a) jméno, popřípadě jména, a příjmení pacienta s onemocněním COVID-19, jeho číslo pojištěnce, popřípadě datum narození, nemá-li přidělené číslo pojištěnce, pohlaví a státní příslušnost a kód zdravotní pojišťovny, u níž je pacient s onemocněním COVID-19 pojištěna,
 - b) informaci o přijetí pacienta s onemocněním COVID-19 do lůžkové péče,
 - c) informaci o přijetí do péče pacienta s onemocněním COVID-19,
 - i. který je v těžkém stavu,
 - ii. jehož zdravotní stav vyžaduje použití podpory dýchacích funkcí, nebo
 - iii. jehož zdravotní stav vyžaduje použití extrakorporální membránové oxygenace (ECMO),
 - d) informaci o tom, že zdravotní stav pacienta s onemocněním COVID-19, kterému již poskytuje lůžkovou péči,
 - i. se změnil na těžký stav,
 - ii. nově vyžaduje použití podpory dýchacích funkcí, nebo
 - iii. nově vyžaduje použití extrakorporální membránové oxygenace (ECMO),
 - e) informaci o tom, že pacient, kterému již poskytuje v lůžkovou péči,
 - i. je propuštěn z lůžkové péče, nebo
 - ii. zemřel,

f) název poskytovatele, jeho IČ, pořadové číslo zařízení, kontaktní e-mail a telefonní číslo.

3. Poskytovatel sociálních služeb v týdenním stacionáři, domově pro osoby se zdravotním postižením, domově pro seniory nebo domově se zvláštním režimem zasílá hlášení o onemocnění COVID-19 místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví elektronickou formou prostřednictvím registru aktuálního zdravotního stavu fyzických osob orgánů ochrany veřejného zdraví. Hlášení se provádí při zjištění pozitivního výsledku laboratorního vyšetření na COVID-19 u osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, nebo u zaměstnanců tohoto poskytovatele. Hlášení se provádí bez zbytečného odkladu, nejméně jedenkrát denně.

4. Hlášení poskytovatele sociálních služeb podle bodu 3 obsahuje

- a) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby s onemocněním COVID-19, její číslo pojištěnce, popřípadě datum narození, nemá-li osoba přidělené číslo pojištěnce, její pohlaví, státní příslušnost, a kód zdravotní pojišťovny, u níž je osoba s prokázaným onemocněním COVID-19 pojištěna,
- b) informaci o tom, zda je osoba s prokázaným onemocněním COVID-19 zaměstnancem poskytovatele nebo uživatelem služeb,
- c) informaci o datu provedení RT-PCR nebo RAT s pozitivním výsledkem a stavu osoby s onemocněním COVID-19, včetně informace o jejím úmrtí s uvedením jeho data, pokud úmrtí nastalo do 30 dnů ode dne provedení RT-PCR nebo RAT s pozitivním výsledkem,
- d) název poskytovatele, jeho IČ, identifikátor sociální služby, kontaktní e-mail a telefonní číslo.

5. Poskytovatel zdravotních služeb, který provádí vyšetření na přítomnost viru SARS-CoV-2 nebo antigenu viru SARS-CoV-2, (dále jen “vyšetřující poskytovatel“) podává bezodkladně hlášení orgánu ochrany veřejného zdraví o výsledku vyšetření elektronickou formou, a to elektronicky prostřednictvím registru aktuálního zdravotního stavu fyzických osob orgánů ochrany veřejného zdraví.

Čl. 4

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt onemocnění COVID-19

Orgán ochrany veřejného zdraví na základě vyhodnocení míry rizika provádí epidemiologické šetření v ohnisku nákazy a u osob při jejich návratu ze zahraničí z oblastí, kde byla identifikována nová varianta viru SARS-CoV-2, která není rozšířená.

Čl. 5

Druhy protiepidemických opatření a způsob provádění

Protiepidemická opatření při výskytu onemocnění COVID-19 jsou zejména následující:

1. hlášení výskytu onemocnění COVID-19 poskytovatelem zdravotních služeb orgánu ochrany veřejného zdraví podle čl. 3 odst. 1 a 2,
2. hlášení výskytu onemocnění COVID-19 poskytovatelem sociálních služeb orgánu ochrany veřejného zdraví podle čl. 3 odst. 3 a 4,
3. hlášení výsledku vyšetřujícím poskytovatelem orgánu ochrany veřejného zdraví podle čl. 3 odst. 5,
4. indikace odběru biologického materiálu a vystavení elektronické žádanky na laboratorní vyšetření v případě podezření na výskyt onemocnění COVID-19 poskytovatelem zdravotních služeb nebo orgánem ochrany veřejného zdraví,

5. izolace; izolaci nařizuje osobě s pozitivním výsledkem vyšetření poskytovatel zdravotních služeb nebo orgán ochrany veřejného zdraví a probíhá podle pokynu orgánu ochrany veřejného zdraví nebo poskytovatele zdravotních služeb na určeném místě, a na dobu nezbytně nutnou k zamezení šíření infekce,
6. vyhledávání epidemiologicky významných kontaktů; osoby v epidemiologicky významném kontaktu s pozitivní osobou jsou orgánem ochrany veřejného zdraví informovány o této skutečnosti prostřednictvím telefonního hovoru, písemně na adresu jejich elektronické pošty nebo písemně prostřednictvím krátké textové zprávy,
7. karanténní opatření; karanténní opatření nařizuje poskytovatel zdravotních služeb nebo orgán ochrany veřejného zdraví na základě výsledků hodnocení rizika osobám v epidemiologicky významném kontaktu s pozitivní osobou, a to na dobu nezbytně nutnou k zamezení šíření infekce; v případě lékařského dohledu poskytovatel zdravotních služeb nebo orgán ochrany veřejného zdraví nařídí osobě v epidemiologicky významném kontaktu s pozitivní osobou podrobit se vyšetření RT-PCR nebo RAT,
8. nařízení povinnosti nošení ochrany dýchacích cest mimořádným opatřením orgánu ochrany veřejného zdraví,
9. bariérová izolační opatření při ošetřování pacientů s onemocněním COVID-19 ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociálních služeb, včetně dekontaminace povrchů a ploch, používání odpovídající ochrany dýchacích cest, pláště, rukavic, mytí a dezinfekce rukou,
10. ochranné opatření nařizující vyplnění Příjezdového formuláře; Příjezdový formulář vyplňuje osoba nejpozději při vstupu na území České republiky ze zemí s rizikem nákazy nebo ze zemí s výskytem nových variant viru SARS-CoV-2, které nejsou rozšířené, (dále jen „riziková země“), a to elektronicky; podle seznamu zemí zveřejněného na internetových stránkách orgánu ochrany veřejného zdraví podle aktuální epidemiologické situace jako prevence zavlečení a dalšího šíření nákazy ze zahraničí; příjezdový formulář obsahuje:
 - a) jméno, popřípadě jména a příjmení osoby,
 - b) rodné číslo osoby, popřípadě datum narození osoby, nemá-li osoba přidělené rodné číslo,
 - c) kontaktní údaje osoby, zejména e-mail a telefonní číslo,
 - d) státní příslušnost,
 - e) číslo pasu nebo občanského průkazu,
 - f) země navštívené 14 dní před příjezdem do České republiky,
 - g) datum příjezdu do České republiky,
 - h) druh dopravního prostředku,
 - i) místo pobytu na území České republiky,
 - j) údaj o rodinných příslušnících společně cestujících v případě, že jsou mladší 18 let věku a nevyplní samostatný formulář, v rozsahu jméno, popřípadě jména a příjmení osoby, datum narození,
 - k) informaci o kontaktu s osobou s potvrzeným onemocněním COVID-19 v posledních 14 dnech před příjezdem do České republiky,
11. stanovení povinnosti podrobit se testu na přítomnost viru SARS-CoV-2 nebo antigenu viru SARS-CoV-2 prostřednictvím RT-PCR nebo RAT osobám při příjezdu nebo přiletu z rizikových zemí; orgán ochrany veřejného zdraví stanoví tuto povinnost osobám podle aktuální epidemiologické situace,
12. včasné informování vyšetřovaných osob o výsledku laboratorního vyšetření; vyšetřující poskytovatel, který provádí vyšetření na přítomnost viru SARS-CoV-2 sdělí výsledek laboratorního vyšetření bez zbytečného odkladu vyšetřované osobě elektronickou formou, a to prostřednictvím krátké textové zprávy zasílané veřejnou mobilní telefonní sítí nebo

datové zprávy zasílané elektronickou poštou; vyšetřující poskytovatel, který provádí vyšetření na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2, sdělí výsledek vyšetření vyšetřované osobě bezprostředně po výsledku testu, a to ústní formou na místě provedení vyšetření.

Údaje uváděné v žádance o laboratorní vyšetření

1. Žádanka o laboratorní vyšetření na přítomnost viru SARS-CoV-2 nebo antigenu viru SARS-CoV-2 vedle údajů stanovených zákonem dále obsahuje:
 - a) unikátní číselný identifikátor žádanky,
 - b) rodné číslo vyšetřované osoby, popřípadě datum narození vyšetřované osoby, nemá-li osoba přidělené rodné číslo,
 - c) kontaktní údaje vyšetřované osoby, zejména e-mail nebo telefonní číslo,
 - d) státní příslušnost vyšetřované osoby,
 - e) identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb, který indikoval vyšetření, a jeho adresu,
 - f) identifikační číslo pracoviště (IČP), které vyšetření indikovalo,
 - g) jméno, popřípadě jména, a příjmení, e-mail a telefonní číslo lékaře žádajícího o vyšetření biologického materiálu,
 - h) číselný kód zdravotní pojišťovny, u které je vyšetřovaná osoba pojištěna,
 - i) druh materiálu, datum a hodinu odběru,
 - j) datum prvních příznaků a příznaky infekčního onemocnění u vyšetřované osoby,
 - k) preferované odběrové místo,
 - l) důvod indikace,
 - m) klinickou diagnózu vyšetřované osoby,
 - n) požadovaný druh vyšetření a
 - o) datum vystavení žádanky.

2. V případě vystavení žádanky při testování v ohnisku nákazy nebo screeningovém testování se vedle údajů podle odstavce 1 uvádí i identifikační číslo zaměstnavatele vyšetřované osoby a identifikační číslo školy nebo školského zařízení, ve kterých se vzdělává nebo jí jsou poskytovány školské služby.



8 591449 050012
ISSN 1211-1244

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 2022 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:** 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 – Příbíkova, J. Švermy 14; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Pardubice:** ABONO s. r. o., Sportovců 1121; **Plzeň:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 3:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, Řipská 23, BMSS START, s. r. o., Olšanská 3; **Praha 4:** Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 4; **Praha 6:** DOVOZ TISKU SUWECO CZ, s. r. o., Sestupná 153/11; **Praha 10:** MONITOR CZ, s. r. o., Třebohostická 5, tel.: 283 872 605; **Ústí nad Labem:** 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. **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 za evidování 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.