



**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**

Návrh VZP ČR pro DŘ na rok 2016 – varianta II.

úhrada zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou zdravotních služeb poskytovaných v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, poskytovatelů vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče

Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 4

Hrazené služby podle § 4 odst. 1

1. Úhrada poskytovateli v roce 2016 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Pro výpočet individuální paušální úhrady jsou do výpočtu zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané do 31. března 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2015.
2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1 Výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do bazí

a) 0501, 0507, 0511 a 0516,

b) 0522, 0523, 0524, 0526, 0527 a 0528

uvedených v příloze č. x k této dohodě (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Pokud smluvně sjednaná složka úhrady zahrnuje i jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první, nezapočítává se tato úhrada ani úhrada za hrazené služby zařazené podle Klasifikace do vyjmenovaných bazí do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. května 2016, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $ÚHR_{ZZ}^{ho}$ vypočtené takto:

$$ÚHR_{ZZ}^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,ZZ}^{ho} * \frac{ÚHR_{i,ZZ}^{2015}}{PP_{i,ZZ}^{2015}} \right\}; \sum_{i=1}^n X * ÚHR_{i,ZZ}^{2015} \right)$$

kde:

$ÚHR_{ZZ}^{ho}$ je úhrada poskytovateli v hodnoceném období

$PP_{i,ZZ}^{ho}$ je počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v hodnoceném období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí

X nabývá hodnoty 0,90 pro baze uvedené v bodě 2.1 písm. a) a písm. b)

$ÚHR_{i,ZZ}^{2015}$ je celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v roce 2015, kde $i = 1$ až n , kde n jsou baze vyjmenované v bodě 2.1 písm. a), resp. v bodě 2.1 písm. b)

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č. x/2015 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

$PP_{i,ZZ}^{2015}$ je počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v roce 2015, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí

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

2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, se stanoví podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku, maximálně však ve výši uvedené v bodech 2.2.1 až 2.2.4:

2.2.1 Pro onemocnění:

- a) Fabryho choroba,
- b) Gaucherova choroba,
- c) Niemen-Pickova choroba,
- d) Mukopolysacharidóza I,
- e) Mukopolysacharidóza II,
- f) Mukopolysacharidóza VI,
- g) Pompeho choroba,
- h) Hyperamonemie u dětí s dědičnou poruchou metabolismu urey a glutaminu,
- i) Dědičná tyrozinemie typu I

se stanoví maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 100 % dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2015, během nichž byla léčba poskytována. Maximální úhrada na unikátního pojištěnce se vypočte takto:

$$Uhr_{max,i} = 12 * \frac{Uhr_{i,2015}}{M_{i,2015}}$$

kde:

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění

$Uhr_{max,i}$ je maximální úhrada v roce 2016 na jednoho unikátního pojištěnce pro onemocnění i

$Uhr_{i,2015}$ je celková úhrada v roce 2015 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2015}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pojištěnci s tímto onemocněním v roce 2015.

2.2.2 Pro onemocnění:

- a) revmatoidní artritida,
- b) Bechtěrevova choroba,
- c) psoriatická artritida,
- d) Crohnova choroba,
- e) colitis ulcerosa,
- f) psoriáza těžká,
- g) plicní arteriální hypertenze,
- h) astma,
- i) Parkinsonova choroba,
- j) juvenilní artritida,
- k) roztroušená skleróza

se stanoví maximální úhrada ve výši 99% dvanáctinásobku průměrné měsíční úhrady vypočtené z těch měsíců roku 2015, během nichž byla léčba poskytována, vynásobené 102 % počtu unikátních pojištěnců léčených v roce 2015. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,99 * 12 * \frac{Uhr_{i,2015}}{M_{i,2015}} * UOP_{i,2015} * 1,02 \right)$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet výše uvedených onemocnění

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2016

$Uhr_{i,2015}$ je celková úhrada v roce 2015 za léčbu onemocnění i

$M_{i,2015}$ je součet měsíců, po které byla léčba onemocnění i poskytována každému jednotlivému pacientovi s tímto onemocněním v roce 2015

$UOP_{i,2015}$ je počet unikátních pojištěnců léčených v roce 2015 na příslušné onemocnění uvedené v písmenech a) až j).

2.2.3 Pro onemocnění HIV/AIDS, hereditární angioedém a pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru se stanoví maximální úhrada na jeden podaný léčivý přípravek ve výši poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané úhrady v roce 2015.

2.2.4 Pro onemocnění neuvedená v bodech 2.2.1 až 2.2.3 se stanoví maximální úhrada ve výši 99 % celkové úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou za rok 2015. Maximální úhrada se vypočte takto:

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n (0,99 * Uhr_{i,2015})$$

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet onemocnění spadajících do bodu 2.2.5

Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2016

$Uhr_{i,2015}$ je celková úhrada v roce 2015 za léčbu onemocnění i .

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

2.2.6 Do celkového limitu úhrady stanoveného podle bodů 2.2.1 až 2.2.4 se započítávají i léčivé přípravky předepsané v roce 2015 na recept v případě, že v hodnoceném období jsou tyto léčivé přípravky vykazovány jako zvlášť účtované léčivé přípravky a současně pokud v hodnoceném období dále splňují podmínky pro léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle vyhlášky č. 376/2011 Sb.

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2016,xxx}$ a $CM_{2014,xxx}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2016.

3.2 Pro výkony doprovodu č. 00031, 00032 a 31130 podle seznamu výkonů, vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální úhrada ve výši 100 Kč.

3.3 Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. x k této dohodě uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2015.

3.4 Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně.

3.5 Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. x k této dohodě a stanoví se ve výši $CELK\ PU_{drg,2016}$ podle výrazu (i), kdy individuální paušální úhrada (IPU) je poměrně snížena, nedojde-li k dosažení alespoň 100 % produkce referenčního období ($CM_{2014,xxx}$) vážené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p), a od poměrně snížené individuální paušální úhrady je odečtena úhrada za vyžádanou extramurální péči v hodnoceném období (EM_{2016}).

Individuální paušální úhrada (IPU) se vypočte podle výrazu (ii) jako 103 % úhrady roku 2014 násobené koeficientem přechodu pojištěnců (Kp_p).

Objem produkce hodnoceného období ($CM_{red,2016,xxx}$) se stanoví podle výrazu (iii).

Výpočet všech výše uvedených složek úhrady se provede takto:

$$(i) \text{ CELK } PU_{drg,2016} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2016,xxx}}{1 * Kp_p * CM_{2014,xxx}} \right\} * IPU - EM_{2016},$$

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(ii) IPU = 1,03 * (PU_{drg,2014} * Kp_p)$$

$PU_{drg,2014}$	je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2014, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. x k této dohodě, včetně objemu regulačních poplatků za akutní lůžkovou péči, vybraných poskytovatelem v roce 2013, vykázaných zdravotní pojišťovně signálním výkonem č. 09544 podle seznamu výkonů, včetně vypořádání regulačních omezení s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zvýšené o hodnotu vyžádané extramurální péče oceněné hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky snížená o úhradu léčivých přípravků uvedených v příloze č. x k této dohodě v roce 2014.
Kp_p	koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2016, přičemž tyto koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. x k této dohodě.
$CM_{2014,xxx}$	je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. x k této dohodě vynásobených indexy 2016.
EM_{2016}	je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
min	funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší.

(iii) $CM_{red,2016,xxx}$ je redukována výše $CM_{alfa2016}$

kdy:

$$CM_{red,2016,xxx} = CM_{red 1} + CM_{red 2}$$

kde:

$$CM_{red 1} = \min \left\{ CM_{drg,2016,xxx}; (CM_{drg,2016,xxx})^{0,2} * \left(1,05 * PP_{drg,2016} * \frac{CM_{drg,2014,xxx}}{PP_{drg,2014}} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

$CM_{drg,2016,xxx}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny v příloze č. x k této dohodě, vynásobené indexy 2016 a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 5

$PP_{drg,2016}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této dohodě a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 5

$CM_{drg,2014,xxx}$ je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. x k této dohodě vynásobených indexy 2016 a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 5

$PP_{drg,2014}$ je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této dohodě a které a nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 5

kde:

$$CM_{red 2} = CM_{drg,16,xxx} * \left[\min \left\{ 1; \left(1,05 * \frac{PR_{drg14}}{PR_{drg16}} * \frac{PP_{drg16}}{PP_{drg14}} \right)^n \right\} \right]$$

kde:

$CM_{drg,16,xxx}$	je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny v příloze č. x k této dohodě, vynásobené indexy 2016 a které byly ukončeny kódem ukončení léčení 5
PR_{drg16}	je počet případů hospitalizací ukončených kódem ukončení léčení 5, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této dohodě
PR_{drg14}	je počet případů hospitalizací ukončených kódem ukončení léčení 5, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této dohodě
PP_{drg16}	je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této dohodě
PP_{drg14}	je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. x k této dohodě
n	je hodnota redukce, která se stanoví na 1,0
min	je funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnižší

4. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč.
5. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 919, 921, 925 a 927 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.

- 5.1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. x k této dohodě, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části x) přílohy č. x k této dohodě, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.
- 5.2. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle přílohy č. x k této dohodě, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části x) přílohy č. x k této dohodě, která se pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 nepoužijí.
- 5.3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části x) bodu x přílohy č. x k této dohodě, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části x) přílohy č. x k této dohodě, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.
- 5.4. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. x k této dohodě.
- 5.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. x k této dohodě.
- 5.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. x k této dohodě.
- 5.7. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 přílohy č. x k této dohodě.
- 5.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § x.
- 5.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § x.
- 5.10. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 5.1 až 5.9 se stanoví ve výši:

$$\dot{U}hr_{amb_{max}} = \dot{U}hr_{amb_{2014}} * 1,03 * Kp_p$$

kde:

$\dot{U}hr_{amb_{max}}$ je maximální celková úhrada poskytovateli za hrazené služby, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. x k této dohodě, poskytnuté v hodnoceném období podle odstavců 5.1 až 5.9.

$\dot{U}hr_{amb}_{2014}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v roce 2014 podle odstavců 5.1 až 5.9, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. x k této dohodě.

Kp_p koeficient změny podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného poskytovatele mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2016, přičemž tyto koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky jsou uvedeny v příloze č. x k této dohodě.

- 5.11. Pro nasmlouvaný výkon č. 09563 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč a pro nasmlouvaný výkon č. 88101 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Výkony uvedené ve větě první zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 5.1 až 5.10.
- 5.12. Léčivé přípravky uvedené v příloze č. x k této dohodě uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2015.
6. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši 103 % průměrné měsíční zálohy roku 2014, vynásobené koeficientem přechodu pojištěnců Kp_p podle přílohy č. x, zvýšené o jednu dvanáctinu objemu regulačních poplatků za ambulantní péči, vybraných poskytovatelem v roce 2014, vykázaných zdravotní pojišťovně výkonem č. 09543 podle seznamu výkonů platného v referenčním období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb dohodnuté podle bodu 6, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou paušální úhrady

- 1.1. Regulační omezení uvedená v bodě 1.2 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v těchto případech:
 - a) Pokud zdravotní pojišťovna sdělila poskytovateli do 30. června 2016 hodnotu vyžádané extramurální péče v referenčním období oceněnou hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období a

- b) Pokud zdravotní pojišťovna oznámila poskytovateli nejpozději týden před započítáním revize, jestli se bude jednat o revizi náhodného vzorku případů či o revizi vybraných jednotlivých případů.
- 1.2. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, uplatní zdravotní pojišťovna snížení úhrady za případový paušál ($CELK PU_{drg,2016}$) takto:

$$(CM_{původní} - CM_{revidovaný}) \times 2 \times 22\,000$$

2. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči

- 2.1 Regulační omezení za služby poskytnuté podle odst. 4.2 této dohody se na poskytovatele aplikují souhrnně za všechny odbornosti, s tím, že unikátní ošetřený pojištěnec je stanovený napříč přes všechny odbornosti definované v odst. 4.2 této dohody, tedy pro specializovanou ambulantní zdravotní péči a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927.
- 2.2 Regulační omezení uvedená v bodech 2.3 a 2.4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. června 2016 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
- (i) Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - (ii) Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem.
- 2.3 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % 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. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.
- 2.4 Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, vyjma vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, 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. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném a referenčním období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném a referenčním období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2016 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

- 2.5 Při realizaci regulačního omezení podle bodů 2.3 a 2.4 může zdravotní pojišťovna zohlednit změnu struktury ošetřených pojištěnců v hodnoceném oproti referenčnímu období.
- 2.6 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodech 2.3 a 2.4.

Příloha č. x – Individuální složka úhrady dle odst. 2.1

0501, 0507, 0516, 0511
0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528

Příloha č. x – Úhrada případovým paušálem dle odst. 3

ostatní

Příloha č. x

Koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky

Index změny počtu pojištěnců mezi 1.1.2016 a 1.1.2014							
kraj / ZP	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV ČR	RBP
Hlavní město Praha							
Jihočeský							
Jihomoravský							
Karlovarský							
Kraj Vysočina							
Královehradecký							
Liberecký							
Moravskoslezský							
Olomoucký							
Pardubický							
Plzeňský							
Středočeský							
Ústecký							
Zlínský							

Vysvětlení zkratk:

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

ČPZP – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ZPŠ – Zdravotní pojišťovna Škoda

ZP MV ČR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

RBP – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Příloha č. x

Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem

1. Z platby případovým paušálem jsou vyjmuty:

1.1. Léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

B02BB01

B02BD01

B02BD02

B02BD03

B02BD04

B02BD05

B02BD06

B02BD07

B02BD08

B02BD09

B02BD10

B05AA02

1.2. Tyto individuálně vyráběné léčivé přípravky:

Kryoprotein (0207926)

Plazma čerstvá, zmrazená pro klinické použití (0207921)