

Návrh ANČR

pro rok 2016 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění pro poskytovatele lůžkové péče a poskytovatele zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona

(1) Referenčním obdobím se rozumí rok 2014.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2016.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané do 31. března 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2015. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2016, poskytovatelem vykázané do 31. března 2017 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2017.

A) Hrazené služby

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

Úhrada formou případového paušálu

1. Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{2016,012}$ a $CM_{2014,012}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2016.
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. Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. 1 uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich vykázané jednotkové ceny v roce 2015.
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.
5. Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a stanoví se až do výše $CELK\ PU_{drg,2016}$ podle výrazu (i), kdy individuální paušální úhrada (IPU) je poměrně snížena, nedojde-li k dosažení alespoň 98 % produkce referenčního období ($CM_{2014,012}$) vážené koeficientem ošetřených hospitalizovaných pojištěnců (Koh_{p14}), 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 106 % úhrady roku 2014 násobené koeficientem ošetřených hospitalizovaných pojištěnců (Koh_{p14}).

Objem produkce hodnoceného období ($CM_{red,2016,012}$) se stanoví podle výrazu (iii) tak, že do výše 106 % průměrné referenční produkce na případ $\left(\frac{CM_{2014,012}}{PP_{drg,2014}}\right)$ násobené počtem případů v hodnoceném období ($PP_{drg,2016}$) je brána plná hodnota ($CM_{2016,012}$) a nad tuto hranici je objem produkce poměrně snížen v závislosti na výši nedosažení potřebného počtu případů ($PP_{drg,2016}$).

6. Výpočet všech výše uvedených složek úhrady se provede takto:

$$(i) \text{ CELK } PU_{drg,2016} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2016,012}}{0,98 * Koh_{p14} * CM_{2014,012}} \right\} * IPU - EM_{2016},$$

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$(ii) IPU = 1,06 * (PU_{drg,2014} + RP_{hosp,2013}) * Kpoh_{p14}$$

$$Kpoh_{p14} = \max \{ [\min(\text{URČ 2016A} ; \text{URČ 2014}) + \text{URČ 2016B}] / \text{URČ 2014} ; 1 \},$$

kde URČ 2016A značí počet unikátních pojištěnců čerpajících hrazené služby u Poskytovatele v roce 2016, příchozí do Pojišťovny před 1. 1. 2014;

URČ 2016B značí počet unikátních pojištěnců čerpající hrazené služby u Poskytovatele v roce 2016, příchozí do Pojišťovny v rocích 2015 a 2016;

URČ 2014 značí počet unikátních pojištěnců čerpajících hrazené služby u Poskytovatele v roce 2016.

$PU_{drg,2014}$ 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 vztažených k diagnóze, 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. 1.

$RP_{hosp,2013}$ je objem regulačních poplatků za akutní lůžkovou péči, vybraných poskytovatelem v roce 2013, vykázaných zdravotní pojišťovně signálním výkonem č. 09544 podle seznamu výkonů platného v roce 2013.

$CM_{2014,012}$ je počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze 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.

a kde:

$$(iii) \quad CM_{red,2016,012} = \min \left\{ CM_{2016,012}; (CM_{2016,012})^{0,2} * \left(1,06 * PP_{drg,2016} * \frac{CM_{2014,012}}{PP_{drg,2014}} \right)^{0,8} \right\},$$

a kde:

$CM_{2016,012}$ je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobených indexy 2016.

$PP_{drg,2016}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace.

$PP_{drg,2014}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace.

7. 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.
8. Zdravotní pojišťovna zohlední změnu objemu vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané mimořádně nákladné zdravotní péče poskytnuté v roce 2016 oproti roku 2014. Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se pro účely této vyhlášky rozumí zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízeními pojištěnci, jejíž objem přesáhne částku 1 000 000 Kč. Do objemu zdravotní péče se započítávají zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona a bodová hodnota zdravotních výkonů, podle seznamu

výkonů, s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč. Do celkového objemu se nezapočítávají léčivé přípravky označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a dále pak léčivé přípravky uvedených v příloze č. 1. A do celkového objemu se nepočítává úhrada 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 (body 3 a 4).

Ambulantní složka úhrady

1. Úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby za vyžádanou péči jiným zdravotnickým zařízením bude hrazena v plné výši, 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. 1.
2. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby mimo bodu 1 se stanoví ve výši:

$$\text{Úhr}_{amb_{max}} = \text{Úhr}_{amb_{2014}} * 1,06 * Koa_{p14}$$

kde:

$\text{Úhr}_{amb_{max}}$ 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. 1, poskytnuté v hodnoceném období.

$\text{Úhr}_{amb_{2014}}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v roce 2014, 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. 1.

$Kpoa_{p14}$ koeficient poměru ambulantních pacientů u jednotlivých zdravotních pojišťoven. Tento koeficient se stanoví jako index změny počtu ošetřených pojištěnců ve zdravotnickém zařízení příslušné u zdravotní pojišťovny mezi rokem 2014 a 2016.

$$Kpoa_{p14} = \max\{ [\min(\text{URČ}_{2016A}; \text{URČ}_{2014}) + \text{URČ}_{2016B}] / \text{URČ}_{2014}; 1 \},$$

kde URČ_{2016A} značí počet unikátních pojištěnců čerpajících hrazené služby u Poskytovatele v roce 2016, přichází do Pojišťovny před 1. 1. 2014;

URČ_{2016B} značí počet unikátních pojištěnců čerpající hrazené služby u Poskytovatele v roce 2016, přichází do Pojišťovny v rocích 2015 a 2016;

URČ_{2014} značí počet unikátních pojištěnců čerpajících hrazené služby u Poskytovatele v roce 2016.

3. 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.

4. Léčivé přípravky uvedené v příloze č. 1 uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši jejich vykázané jednotkové ceny, maximálně však ve výši jejich jednotkové ceny v roce 2015.
5. 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.
6. Mimo regulační omezení budou zvlášť hrazeny screeniny, prediktivní diagnostika a LSP.

Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“

1. 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 až 4.
2. Pro všechna onemocnění s počtem léčených pojištěnců méně než nebo rovno 10 u zdravotní pojišťovny v roce 2016 je stanovena úhrada dle výše vykázaných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.
3. 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 vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných léčivých přípravků, maximálně však do celkové výše 108 % úhrady náležející poskytovateli za tyto léčivé přípravky v roce 2015 s výjimkou následujících 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 a
 - i) Dědičná tyrozinemie typu I,
 - j) Pro onemocnění HIV/AIDS
 - k) hereditární angioedém
 - l) pro profylaxi rizikových dětí vystavených expozici respiračního syncytiálního viru

kteří budou hrazeny po předchozím souhlasu (u bodů j,k,l není nutný souhlas) zdravotní pojišťovny a nebudou započítávány do celkové výše úhrady náležející poskytovateli za léčivé přípravky označených symbolem „S“.

Do celkového limitu úhrady se započítávají i léčivé přípravky předepsané v referenčním období 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.

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(12 * \frac{Uhr_{i,2015}}{M_{i,2015}} * UOP_{i,2015} * 1,08 \right)$$

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 k).

4. Pro nově definovaná onemocnění v roce 2016 či rozšíření indikace u stávajících onemocnění v roce 2016 je stanovena úhrada dle výše vykázaných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.

Ostatní

1. Celková úhrada na rok 2016 za hospitalizační a ambulantní složku u akreditovaných zdravotnických zařízení bude navýšena o 0,25%.
2. 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 1,12 Kč.
3. V případě udělení souhlasu revizním lékařem zdravotní pojišťovny na § 16 zákona č. 48/1997 Sb. hradí zdravotní pojišťovna schválenou léčbu v plném rozsahu.

Příloha 1:

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)