**ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA Z HODNOCENÍ DOPADŮ REGULACE PODLE OBECNÝCH ZÁSAD**

# Důvod předložení a cíle

## Název

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017.

## Definice problému

Na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., a zákona č. 200/2015 Sb. (dále jen „zákon“), vydává Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (dále jen „vyhláška“) vždy pro následující kalendářní rok. Návrh této vyhlášky vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen „VZP“) a ostatních zdravotních pojišťoven a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů (dále jen „dohodovací řízení“).

Obsah uvedené vyhlášky je ovlivněn skutečností, zda v příslušném dohodovacím řízení dojde či nedojde mezi jeho účastníky k dohodě o parametrech úhradových mechanismů na následující kalendářní rok. V případě dohody (za předpokladu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) ji ministerstvo zpracuje do návrhu vyhlášky, v případě nedohody pak hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení stanoví samo. Rozhodujícím faktorem při stanovení úhradových parametrů je odpovědnost ministerstva za respektování veřejného zájmu na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je tento zájem definován v § 17 odst. 2 zákona.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2017 probíhalo v období od 2. února 2016 do 20. června 2016. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě, z celkového počtu 14 segmentů zdravotní péče, v 6 segmentech:

1. skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče,
2. skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb,
3. skupina poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb,
4. skupina poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a přepravy pacientů neodkladné péče a lékařské pohotovostní služby, vyjma stomatologické,
5. skupina poskytovatelů zdravotnické dopravní služby,
6. skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb.

V návaznosti na tento výsledek ministerstvo předkládá návrh vyhlášky, u níž je nutno konstatovat, že se podle § 17 odst. 5 zákona tato vyhláška použije pouze tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.

## Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2016 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2016 a aby předpokládané výdaje systému nepřevýšily předpokládané příjmy.

Kromě zákona a samotné vyhlášky č. 273/2015 Sb., je oblast úhrad, hodnot bodu a regulačních omezení ovlivněna vyhláškou ministerstva č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam výkonů“), která definuje jednotlivé odbornosti a jejich výkony.

Dále je tato oblast dotčena výsledky rozhodovací činnosti Ústavního soudu, a to:

* Nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11, vyhlášeným ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb., kterým se ruší regulační poplatek za lůžkovou péči uplynutím dne 31. prosince 2013.

## Identifikace dotčených subjektů

Vyhláškou dotčenými subjekty jsou účastníci systému veřejného zdravotního pojištění, tj. zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb. Zprostředkovaně jsou vyhláškou dotčeni i pojištěnci všech zdravotních pojišťoven, kterým jsou služby poskytovány.

## Popis cílového stavu

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017, které reflektuje následující skutečnosti:

* Podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů akutní lůžkové péče a u poskytovatelů následné a dlouhodobé péče.
* Umožnit navýšení platů a mezd zdravotníků u poskytovatelů lůžkové péče.
* Umožnit vyrovnané hospodaření zdravotních pojišťoven.
* Umožnit poskytovatelům zdravotních služeb růst odpovídající finančním možnostem systému.
* Pokračovat v narovnávání systému úhrad: pokračovat ve sbližování individuální základní sazby u poskytovatelů akutní lůžkové péče a paušálních sazeb za jeden den hospitalizace u poskytovatelů následné péče a dlouhodobé péče.
* Prosazovat takové úhradové mechanismy, které motivují zdravotní pojišťovny k efektivnímu vynakládání finančních prostředků a poskytovatele zdravotních služeb k zvyšování efektivity v poskytování hrazených zdravotních služeb.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (ZZP) plánují ke konci roku 2016 zůstatky na základním fondu v celkové výši 5,3 miliardy Kč. Všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají naplněny rezervní fondy.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) plánuje ke konci roku zůstatek na základním fondu v celkové výši 1,7 miliard Kč. V průběhu roku 2016 splatila VZP 0,5 mld. Kč z poskytnuté návratné finanční výpomoci a naplní rezervní fond v plné výši.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) ZZP během roku 2017 se na základě predikce Ministerstva financí odhadují na 109,7 miliardy Kč. Disponibilní zdroje základního fondu ZZP v roce 2017 se odhadují na 106,4 mld. Kč.

Příjmy z přerozdělení pojistného VZP během roku 2017 se na základě predikce Ministerstva financí odhadují na 164,5 mld. Kč. Disponibilní zdroje základního fondu VZP v roce 2017 se odhadují na 160,4 mld. Kč.

Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2017 se tudíž odhadují na 274,2 mld. Kč a disponibilní zdroje základního fondu zdravotního pojištění na 266,8 mld. Kč.

Oproti roku 2016 se tak očekává zvýšení disponibilních zdrojů pro úhradu zdravotních služeb o 12 miliard Kč. Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2017, která počítá s nárůstem mezd o 4,7 % a zaměstnanosti o 0,1 % a dále bere v úvahu zvýšení platby za státní pojištěnce z 870 Kč na 920 Kč a navýšení tarifních platů.

Poskytovatelům zdravotních služeb budou i nadále kompenzovány zrušené regulační poplatky, a to do výše skutečně vybraných poplatků v roce 2014, tj. 1,5 mld. Kč za klinická vyšetření a 0,7 mld. Kč za výdej léků na recept.

## Zhodnocení rizika

Nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení by znamenalo porušení povinnosti ministerstva, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Nevydáním vyhlášky by reálně vzniklo riziko žalob (viz závěry z relevantních právních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2012, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010) vyplývajících ze situace, kdy by nebylo možno jednoznačně určit, podle jakých parametrů počítat výše úhrady.

# Návrh variant řešení

**Varianta 0**

Nulová varianta představuje nečinnost ministerstva a nevydání vyhlášky, tedy nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a nevydání regulačních omezení.

**Varianta 1**

Uvedená varianta představuje předložení vyhlášky v obdobném znění, ve kterém byla vydána vyhláška pro rok 2016 s tím, že by byly zohledněny pouze výsledky dohodovacího řízení a bylo upraveno referenční období.

**Varianta 2**

Varianta č. 2 vychází z varianty č. 1, ale reflektuje ekonomické, věcné i právní změny, které nastaly v průběhu roku 2016, popřípadě nastanou od 1. ledna 2017. Tato varianta

* reflektuje skutečnost, že příjmy systému veřejného zdravotního pojištění by měly podle odhadů meziročně vzrůst o 12,9 miliard Kč. Růst je způsoben vyšším předpokládaným výběrem pojistného (9,3 mld. Kč) a vyšší platbou státu za státní pojištěnce (3,6 mld. Kč),
* počítá s navýšením tarifních platů zdravotníků o 10 % v roce 2017, proto v segmentu poskytovatelů lůžkové péče navrhuje 6% růst úhrad oproti roku 2016 k pokrytí nákladů na navýšení mezd a platů zdravotníků a na přirozený růst segmentu.

# Vyhodnocení nákladů a přínosů

## Identifikace nákladů a přínosů

Varianta 0

Nevydání vyhlášky, tedy nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení by znamenalo porušení povinnosti uvedené pro ministerstvo, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2017 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

Náklady

Je zde pravděpodobnost vysokého rizika žalob, byť obtížně vyčíslitelné, vyplývající ze situace, kdy by nebylo možno jednoznačně určit podle jakých parametrů počítat výše úhrady (viz závěry z relevantních právních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2012, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010).

Dále v případě nedohody a při absenci regulačních omezení by se náklady na poskytování hrazených služeb mnohonásobně zvýšily, neboť by v systému chyběly ekonomické mechanismy, které poskytovatele vedou k efektivitě. Tato varianta by byla jednoznačným rizikem nejen pro zdravotní pojišťovny, ale i pro pojištěnce, kterým by byly poskytovány služby bez ohledu na jejich potřebnost (například nadbytečná laboratorní vyšetření atd.).

Přínosy

Poskytovatelé a zdravotní pojišťovny by byli nuceni dojít k individuální dohodě, jinak by nebyla zajištěna dostupnost zdravotních služeb. V případě uzavření většího množství dohod by zdravotní pojišťovny mohly více řídit poskytování zdravotní péče a ve větší míře zohledňovat specifika jednotlivých poskytovatelů.

Varianta 1

Tato varianta, která v podstatě znamená, že by byla vydaná vyhláška v obdobném znění, ve kterém byla vydána vyhláška na rok 2016 s tím, že by byly zohledněny pouze výsledky dohodovacího řízení a bylo upraveno referenční období, má následující náklady a přínosy:

Náklady

Nevýhodou vyhlášky ve stávajícím znění je, že s výjimkou segmentů, které se dohodly v dohodovacím řízení, nereflektuje nové skutečnosti – ekonomickou realitu ČR, navýšení tarifních platů o 10 % a připomínky a podněty poskytovatelů a zdravotních pojišťoven ke stávající vyhlášce.

Přínosy

Jelikož je vyhláška obsahově velmi podobná platné vyhlášce pro rok 2016, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat, s výjimkou změn, k nimž došlo na základě dohody v dohodovacím řízení.

Varianta 2

Varianta 2 má tyto základní náklady a přínosy:

Náklady

Dopady na zdravotní pojišťovny budou pravděpodobně vyšší než v případě varianty 1. Varianta 1 stanovuje procentuálně nižší navýšení paušální úhrady za akutní lůžkovou péči. U některých poskytovatelů by byl tento nárůst dostačující na 10 % navýšení tarifní složky platu zdravotníků, nicméně varianta 2 určuje takové navýšení úhrad, aby každý poskytovatel měl dostačující navýšení úhrad k pokrytí nákladů souvisejících s růstem platů, tedy stanovuje navýšení úhrad podle poskytovatele s největším podílem osobních nákladů.

Přínosy

Parametry vyhlášky vycházejí z modelace ministerstva, které reflektuje očekávaný výběr pojistného v roce 2017.

Vyhláška umožňuje potřebný růst ve všech segmentech k zajištění dostupnosti zdravotní péče, což je jednoznačným přínosem pro poskytovatele zdravotních služeb i pacienty.

Vyhláška stanoví v různých segmentech ty mechanismy úhrad, které poskytují nejlepší motivace (motivace ke zvýšení efektivity a vyvarování se účelovému chování).

Vyhláška zajistí, že všichni poskytovatelé budou mít potřebný růst úhrad k pokrytí zvýšených osobních nákladů.

# Stanovení pořadí variant a výběr nejvhodnějšího řešení

Pořadí jednotlivých variant se stanoví s přihlédnutím k jejich nákladům a přínosům, a to na základě míry, s jakou splňují cíle vytýčené v kapitole 1.5 a uvedené v písmenech a) až f).

***a) Podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů poskytujících akutní lůžkovou péči a u poskytovatelů následné a dlouhodobé péče***

V tomto kritériu se zohledňuje objem finančních prostředků, které obdrží poskytovatelé akutní lůžkové péče a poskytovatelé následné a dlouhodobé péče. Zohledňuje se dále, jak zvolené úhradové mechanismy přispívají k vyšší efektivitě poskytovaných hrazených služeb.

***b) Umožnit navýšení platů a mezd zdravotníků u poskytovatelů lůžkové péče.***

V tomto kritériu se zohledňuje objem finančních prostředků, které obdrží poskytovatelé akutní, následné a dlouhodobé péče na pokrytí zvýšených osobních nákladů z důvodů navýšení tarifní složky platu zdravotníků o 10 %.

***c) Umožnit vyrovnané hospodaření zdravotních pojišťoven.***

V tomto kritériu se zohledňuje, jak zvolená varianta ovlivní výši zůstatků na základních fondech zdravotních pojišťoven.

***d) Umožnit ostatním poskytovatelům růst, odpovídající finančním možnostem systému***

V tomto kritériu se zohledňuje objem finančních prostředků, které obdrží poskytovatelé mimo lůžkovou péči.

***e) Pokračovat v narovnávání systému úhrad: sbližování individuálních základních sazeb u poskytovatelů akutní lůžkové péče a paušálních sazeb za jeden den hospitalizace u poskytovatelů následné péče a dlouhodobé péče.***

V tomto kritériu se zohlední, jakou měrou přispívá daná varianta ke sblížení základních sazeb a paušálních sazeb za jeden den hospitalizace u poskytovatelů následné péče a dlouhodobé péče.

***f) Prosazovat takové úhradové mechanismy, které motivují zdravotní pojišťovny k efektivnímu vynakládání finančních prostředků a poskytovatele zdravotních služeb k zvyšování efektivity v poskytování hrazených zdravotních služeb.***

V tomto kritériu se zohlední, jaké mechanismy úhrad jsou použity v jednotlivých segmentech a jakou měrou tyto mechanismy přispívají k efektivnímu poskytování hrazených služeb.

Všechna kritéria jsou hodnocena přidělením bodů od - 2 do 2.

Tabulka: Stanovení pořadí variant

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | a) | b) | c) | d) | e) | f) | Celkem |
| Varianta 0 | -2 | -2 | -2 | -2 | -2 | -2 | -12 |
| Varianta 1 | 1 | 1 | 2 | -1 | -2 | 0 | 1 |
| Varianta 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 9 |

**Varianta 0**

**Cíl a)**

V případě nedohody by nebyla zajištěna dostupnost zdravotní péče. Při úhradě zdravotních služeb by chyběly jakékoliv úhradové mechanismy. Cíl by nebyl splněn.

**Cíl b)**

Poskytovatelé by neměli dostatečné finanční prostředky na vládou schválené navýšení platů zdravotníků. Cíl by nebyl splněn.

**Cíl c)**

Při absenci regulačních omezení, by chyběly takové mechanismy, které vedou poskytovatele a zdravotní pojišťovny k efektivitě. Požadavky poskytovatelů by byly výrazně vyšší než možnosti systému. Cíl by nebyl splněn.

**Cíl d)**

V případě nedohody by nebyla zajištěna dostupnost zdravotní péče, nebyl by zajištěn růst odpovídající finančním možnostem systému. Cíl by nebyl splněn.

**Cíl e)**

Nedocházelo by k sbližování individuálních základních sazeb u poskytovatelů akutní lůžkové péče a paušálních sazeb za jeden den hospitalizace u poskytovatelů následné péče a dlouhodobé péče napříč zdravotními pojišťovnami, jelikož by zde nebyly nastaveny žádné mechanismy, které by dávaly motivaci pro zdravotní pojišťovny zvyšovat nejnižší základní sazby a paušální úhrady. Cíl by nebyl splněn.

**Cíl f)**

Nebyly by nastaveny žádné mechanismy k zvýšení efektivity. Cíl by nebyl splněn.

**Varianta 1**

**Cíl a)**

Meziroční navýšení úhrad poskytovatelům poskytujícím akutní lůžkovou péči a následnou a dlouhodobou péči by bylo nastaveno na 3% růst, i když systém dovoluje meziroční nárůst 6 %. Cíl by byl splněn pouze částečně, bylo by zde navýšení, ale nižší, než dovoluje systém.

**Cíl b)**

Pouze poskytovatelé s nižším procentem osobních nákladů by měli dostatečné finanční prostředky na vládou schválené navýšení platů zdravotníků. Cíl by byl splněn pouze u některých poskytovatelů.

**Cíl c)**

Zůstatky na základních fondech zdravotních pojišťoven by neklesly, mírně by rostly. Cíl by byl splněn.

**Cíl d)**

Ve většině segmentů by byl nastaven větší růst, než odpovídá finančním možnostem systému. Cíl by nebyl splněn u většiny segmentů.

**Cíl e)**

Nedocházelo by k dalšímu sbližování individuálních základních sazeb u poskytovatelů akutní lůžkové péče a paušálních sazeb za jeden den hospitalizace u poskytovatelů následné péče a dlouhodobé péče. Cíl by nebyl splněn.

**Cíl f)**

Nebyly by nastaveny žádné nové mechanismy k zvýšení efektivity. Cíl by nebyl splněn.

**Varianta 2**

**Cíl a)**

Bylo by nastaveno takové navýšení úhrad, které je umožněno navýšením finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění a je potřebné k zajištění dostupnosti péče a k zajištění kvalitních zdravotních služeb. Cíl by byl splněn.

**Cíl b)**

Všichni poskytovatelé by měli dostatečné finanční prostředky na vládou schválené navýšení platů zdravotníků. Cíl by byl splněn.

**Cíl c)**

Zůstatky na základních fondech u většiny zdravotních pojišťoven by neklesly. Cíl by byl spíše splněn (kladné saldo systému veřejného zdravotního pojištění), v roce 2017 by došlo k vyrovnanému hospodaření většiny zdravotních pojišťoven.

**Cíl d)**

Byl by nastaven růst odpovídající finančním možnostem systému. Cíl by byl splněn.

**Cíl e)**

Došlo by k dalšímu částečnému sbližování individuálních základních sazeb u poskytovatelů akutní lůžkové péče a paušálních sazeb za jeden den hospitalizace u poskytovatelů následné péče a dlouhodobé péče. Cíl by byl splněn částečně, protože by nedošlo k výraznému sblížení sazeb mezi zdravotními pojišťovnami, jelikož finanční možnosti systému neumožňují skokové navýšení nákladů u některých zdravotních pojišťoven. Ke změnám musí dojít v rozmezí několika let.

**Cíl f)**

Ve variantě 2 jsou ke zvýšení efektivity v poskytování zdravotních služeb nastaveny nové mechanismy v segmentu lůžkové péče. Cíl by byl částečně splněn.

Jak vyplývá z celkového zhodnocení všech variant řešení, za nejvhodnější je po provedení kvantitativní i kvalitativní analýzy třeba považovat **variantu 2.**

# Implementace doporučené varianty a vynucování

Za implementaci regulace budou odpovídat zdravotní pojišťovny, jako subjekty provádějící v ČR zdravotní pojištění. V daném případě půjde o činnosti, které jsou zdravotními pojišťovnami již prováděny. Přezkum účinnosti navržených legislativních opatření provádí ministerstvo v rámci své kontrolní činnosti, v součinnosti s Ministerstvem financí, popřípadě prostřednictvím zástupců státu v orgánech zdravotních pojišťoven.

# Přezkum účinnosti regulace

Vyhláška, jejíž návrh je předkládán podle zmocnění zákona č. 48/1997 Sb., se použije pouze v tom případě, pokud se příslušný poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna, za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny, nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Během roku 2017 se budou vyhodnocovat dopady vyhlášky na poskytování zdravotních služeb a na základě analýzy dopadů bude formulován návrh příští vyhlášky.

Konzultace a zdroje dat

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení podle § 17 odst. 5 zákona mezi zástupci VZP a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů. Z jednání tohoto dohodovacího řízení vyplynuly představy jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven o řešení dané problematiky, které ministerstvo posoudilo z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a navrhlo řešení. Vyhláška proto v mnohém reflektuje připomínky poskytovatelů ohledně technických detailů úhrad, které dále precizuje.

Ministerstvo si průběžně vytváří modelace příjmů celého systému veřejného zdravotního pojištění na základě údajů Ministerstva financí, dále získává čtvrtletně informace o hospodaření zdravotních pojišťoven. Dalším tradičním podkladem jsou údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

# Kontakty na zpracovatele RIA

Osoba, která zpracovala závěrečnou zprávu RIA:

Ing. Jan Michálek, vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění (jan.michalek@mzcr.cz)

Mgr. Pavlína Žílová, referentka oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění

(pavlina.zilova@mzcr.cz)

Mgr. Tomáš Troch, referent oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění

(tomas.troch@mzcr.cz)

Ing. Hana Kovaříková, referentka oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění

(hana.kovarikova@mzcr.cz)

Osoba, která zprávu schválila:

Ing. Helena Rögnerová, ředitelka odboru dohledu nad zdravotním pojištěním

ODŮVODNĚNÍ

**I. OBECNÁ ČÁST**

**1.**  **Vysvětlení nezbytnosti navrhované právní úpravy, odůvodnění hlavních principů**

Na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona vydává ministerstvo vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení vždy pro následující kalendářní rok.

Ministerstvo předkládá návrh vyhlášky, u níž je nutno konstatovat, že se podle § 17 odst. 5 zákona tato vyhláška použije pouze tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Nečinnost ministerstva nepřipadá v tomto případě v úvahu, neboť by šlo o nenaplnění zákonné povinnosti, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2017 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017, které umožní podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů akutní lůžkové péče a u poskytovatelů následné a dlouhodobé péče. Umožní navýšení platů a mezd zdravotníků u poskytovatelů lůžkové péče a zároveň vyrovnané hospodaření zdravotních pojišťoven.

**2. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy se zákonem, k jehož provedení je vyhláška navržena, včetně souladu se zákonným zmocněním k jejímu vydání**

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem, k jehož provedení je navržena, a se zákonným zmocněním k jejímu vydání (§ 17 odst. 5).

**3. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s předpisy Evropské unie, judikaturou soudních orgánů Evropské unie a obecnými právními zásadami práva Evropské unie**

Návrhem vyhlášky není do právního řádu České republiky implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

**4. Předpokládaný hospodářský a finanční dopad navrhované právní úpravy na státní rozpočet, ostatní veřejné rozpočty, na podnikatelské prostředí České republiky, dále sociální dopady, včetně dopadů na rodiny a dopadů na specifické skupiny obyvatel, zejména osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením a národnostní menšiny, a dopady na životní prostředí**

Dopad na státní rozpočet z tohoto návrhu přímo nevyplývá. Reálný celkový dopad na veřejné zdravotní pojištění není možné exaktně vyčíslit, především z toho důvodu, že vyhláška je pro poskytovatele a zdravotní pojišťovny vodítkem jen tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.

V segmentu ambulantní péče předpokládáme nárůst nákladů přibližně o 2,3 mld. Kč, který je způsobený převážně přirozeným růstem segmentu a nárůstem objemu péče. V segmentu lůžkové péče předpokládáme nárůst nákladů téměř o 9,2 mld. Kč. Z toho 1,4 mld. Kč náleží přirozenému růstu nákladů na centrové léky a zbylé 7,8 mld. Kč připadají na nárůst úhrad poskytovatelům lůžkové péče, který bude kompenzovat očekávané navýšení platů a zároveň pokryje nárůst produkce u převážně specializovaných pracovišť.

Celkový nárůst nákladů za všechny segmenty potom činí cca 13,3 mld. Kč. Dopady jsou modelovány na základě produkčních a úhradových dat za rok 2015 od zdravotních pojišťoven, pololetních ukazatelů za rok 2016 a zdravotně pojistných plánů pro rok 2016.

Na příjmové stránce se očekává růst výběru pojistného o 4,9 %, způsobený predikovaným růstem mezd o 4,7 %, zaměstnanosti o 0,1 % a zvýšením platby za státní pojištěnce na 920 Kč.

Tabulka: Náklady na zdravotní služby v roce 2017

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | VZP | ZZP | Celkem | Rozdíl oproti 2016 |
| celkem na zdravotní péči | 160 230 242 | 106 411 494 | 266 641 736 | 13 322 734 |
| na ambulantní péči | 38 966 496 | 31 083 242 | 70 049 738 | 2 273 491 |
| na lůžkovou péči  | 88 884 876 | 54 039 275 | 142 924 151 | 9 207 589 |
| z toho náklady na centrové léky | 9 110 526 | 6 058 246 | 15 168 772 | 1 378 345 |

Navrhovaná vyhláška bude mít pozitivní dopady na podnikatelské prostředí, pokud jde o poskytovatele zdravotních služeb. Navrhovaná vyhláška nepředpokládá žádné sociální dopady, včetně dopadů na rodiny a dopadů na specifické skupiny obyvatel, zejména osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením a národnostní menšiny. Rovněž se nepředpokládá žádný dopad na životní prostředí.

Následující tabulka shrnuje dopady na jednotlivé zdravotní pojišťovny:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bilance roku 2017 (údaje v mil. Kč) | **VZP** | **VoZP** | **ČPZP** | **OZP** | **ZPŠ** | **ZPMV** | **RBP** | **Celkem** |
| Příjmy v roce 2017 po přerozdělení | 164 479 | 17 163 | 29 406 | 17 379 | 3 597 | 31 946 | 10 233 | 274 204 |
| Disponibilní zdroje roku 2017 | 160 350 | 16 695 | 28 472 | 16 822 | 3 482 | 31 003 | 9 939 | 266 763 |
| Výdaje roku 2017 | 160 230 | 16 669 | 28 468 | 16 597 | 3 592 | 31 070 | 10 015 | 266 642 |
| **SALDO roku 2017** | **120** | **26** | **4** | **225** | **-110** | **-67** | **-76** | **121** |
| Zůstatek na ZF k 31. 12. 2016 | 1 670 | 573 | 1 819 | 999 | 242 | 1 116 | 988 | 7 407 |
| Zůstatek na ZF k 31. 12. 2017 | 1 790 | 599 | 1 823 | 1 224 | 132 | 1 049 | 912 | 7 528 |
| Saldo/příjmy 2017 | 0,07% | 0,15% | 0,01% | 1,29% | -3,07% | -0,21% | -0,74% | 0,04% |

Celkové saldo roku 2017 všech zdravotních pojišťoven je +121 mil. Kč. Salda jednotlivých zdravotních pojišťoven s výjimkou Zdravotní pojišťovny Škoda se v absolutní hodnotě pohybují pod 0,8 % z příjmů po přerozdělení, tudíž dopad úhradové vyhlášky lze považovat za hospodářsky vyrovnaný. Zdravotní pojišťovna Škoda jakožto nejmenší zdravotní pojišťovna se v mnoha segmentech úhrad neřídí touto vyhláškou, tudíž dopady na tuto zdravotní pojišťovnu v roce 2017 jsou těžko predikovatelné a lze předpokládat, že díky individuálním dohodám o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních bude dopad i na tuto zdravotní pojišťovnu vyrovnaný.

**5. Zhodnocení současného stavu a dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen**

Navrhovaná právní úprava nezasahuje do zásad zákazu diskriminace a nebude mít dopady na rovnost mužů a žen.

**6. Zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů**

Návrh neupravuje oblast ochrany soukromí a nakládání s osobními údaji. Navrhované změny se nijak nedotknou ochrany osobních údajů dotčených subjektů.

**7. Zhodnocení korupčních rizik**

Nepředpokládá se zvýšení korupčních rizik, neboť navrhovaná právní úprava žádným způsobem nemění vztahy mezi jednotlivými osobami, které se na regulaci podílí nebo na něž regulace dopadá.

**8. Zhodnocení dopadů na výkon státní statistické služby**

Nepředpokládá se dopad návrhu na výkon státní statistické služby. Nedojde k narušení objektivity statistických informací či k omezení a zkreslení zveřejňovaných údajů.

**9. Zhodnocení dopadů na bezpečnost nebo obranu státu**

Navrhovaná vyhláška nebude mít dopad na bezpečnost nebo obranu státu.

**II. ZVLÁŠTNÍ ČÁST**

Předkládaný návrh vyhlášky stanoví hodnotu bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro jednotlivé segmenty.

Ve vyhlášce se objevuje několik principů, které se uplatňují ve všech relevantních částech vyhlášky. Pro přehlednost je uvádíme zvlášť, abychom předešli nutnosti je opakovat pro každý segment znovu.

Regulační omezení

Pro většinu odborností je dán limit na úhradu preskripce léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, na úhradu vyžádané péče a na úhradu zvlášť účtovaných položek. Tento limit je dán průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období.

Při překročení definovaného limitu uplatní zdravotní pojišťovna regulační omezení až do určité maximální výše (obvykle do výše 40 % z tohoto překročení). Výše regulačního omezení je přesně dána, a to progresivně ve vztahu k míře překročení. Za každé započaté 0,5 % překročení sníží zdravotní pojišťovna poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období. Regulační omezení na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305 (psychiatrie), 306 (dětská a dorostová psychiatrie), 308 (návykové nemoci) nebo 309 (sexuologie) nepoužijí, zejména z důvodů podpory podávání depotních léků (léčivé přípravky s pomalým vstřebáváním) pacientům s psychickými nemocemi. Depotní léky snižují pravděpodobnost návratu onemocnění a opakovaných hospitalizací, tedy i snižují náklady na případnou lůžkovou péči.

Kompenzace zrušeného regulačního poplatku 30 Kč za klinické vyšetření (ambulantní péče)

Kompenzace poplatku je i nadále řešena signálním výkonem v seznamu výkonů. Za každý tento vykázaný výkon v hodnoceném období náleží poskytovateli úhrada ve výši 30 Kč, a to až do výše objemu vybraných (a vykázaných) regulačních poplatků tohoto typu v roce 2014. Jelikož je poskytovateli kompenzován výpadek příjmů ze zrušených regulačních poplatků, nikoli hrazen každý vykázaný signální výkon, byl zvolen limit podle roku 2014, ve kterém byly regulační poplatky naposledy vybírány.

Kompenzace zrušeného regulačního poplatku 100 Kč za každý den lůžkové péče

Kompenzace poplatku je v lůžkové péči promítnuta do paušální úhrady roku 2015, ze které se vychází při výpočtu úhrady na rok 2017.

Kompenzace poplatku v lázeňské péči a v následné a dlouhodobé lůžkové péči je již promítnuta v úhradě roku 2016.

Kompenzace zrušeného poplatku za výdej léčivého přípravku na recept

Analogicky s výše uvedenými je v seznamu výkonů signální výkon výdeje léčivého přípravku na recept. Za každý tento výkon náleží poskytovateli lékárenské péče úhrada 13 Kč. Tento výkon může zdravotní pojišťovně vykázat nejvýše tolikrát, kolik receptů přijal v roce 2014 od jejích pojištěnců.

Pojem srovnatelného poskytovatele

V několika segmentech úhradové vyhlášky se používá pojem srovnatelného poskytovatele pro stanovení úhrady v případě, že poskytovatel v referenčním období neexistoval, případně ošetřil malé množství pojištěnců. Srovnatelného poskytovatele nelze definovat obecně vzhledem ke specifikům jednotlivých segmentů. Srovnatelným poskytovatelem je však myšlen takový poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby v obdobném celkovém rozsahu a struktuře jako poskytovatel, pro kterého se ustanovení o srovnatelném poskytovateli používá.

Převzetí praxe

Nově je blíže specifikován případ, kdy v souladu s § 17 odst. 8 zákona došlo k převodu majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb na jiného poskytovatele (dále jen „převzetí praxe“) a určení referenční úhrady. V případě, že poskytovatel převzal praxi, použijí se pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. V praxi se stává, že lékař po převzetí praxe od staršího kolegy převezme i jeho referenční hodnoty, které v mnohých případech nezohledňují strukturu a rozsah péče nového poskytovatele. Proto je v takových případech žádoucí nastavit referenční hodnoty podle srovnatelných poskytovatelů.

K § 1

Definuje se okruh poskytovatelů, pro něž se vyhláškou stanoví hodnota bodu, výše úhrad
a regulační omezení.

K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2015, pokud není explicitně uvedeno jinak. Rok 2015 se stanoví z toho důvodu, že je to nejméně vzdálené období v minulosti, za něž již proběhlo vykázání a vyúčtování poskytnutých hrazených služeb.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2017.

Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to zvlášť v každé odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu unikátních pojištěnců zahrne dvakrát).

Globálním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to v libovolné odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu globálních unikátních pojištěnců zahrne jednou).

Produkce referenčního období v příloze č. 1, 3, 5 a 8 se přepočítá podle seznamu výkonů platného k 1. lednu 2017.

K § 3

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům je úhrada stanovena ve stejné výši, jako pro české pojištěnce ve smyslu § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Toto ustanovení vychází z Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění, podle něhož musí být při poskytování hrazených služeb zahraničním pojištěncům stanoveny stejné podmínky, jako tuzemským pojištěncům.

K § 4 a příloze 1

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče.

K § 4 a příloze 1, písmenu A, bodu 2 a příloze 9

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady sestává z individuálně nasmlouvané úhrady některých DRG (Diagnosis-Related Groups) bazí - střední úroveň v klasifikaci DRG, která je složena z případů s podobnými příznaky, postupy a výsledky léčby - (dále jen „balíčky“) a z úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely označených symbolem „S“ (použití při poskytování zdravotní péče na specializovaných pracovištích), podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „centrové léky“).

K bodu 2.1 - balíčky

Balíčky pro rok 2017 budou zahrnovat implantace a výměny kardioverterů, kardiostimulátorů a stenty a dále některé další níže uvedené zdravotní služby, pokud se na nich poskytovatel a zdravotní pojišťovna dohodnou. O výši úhrady a případně o počtu implantací a výměn kardioverterů, kardiostimulátorů a stentů se dohodne poskytovatel a zdravotní pojišťovna individuálně. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě, stanoví vyhláška, že zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli za každý případ úhradu ve výši průměrné úhrady za jeden případ v roce 2016 násobené změnovým indexem podle poklesu/růstu ceny materiálu a podle potřebného navýšení k pokrytí rostoucích osobních nákladů.

V případě kardiostimulátorů a kardiovertrů je tento index nastaven ve výši 1,03 a v případě stentů na 0,99. Maximální úhrada, kterou zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí, se v případě kardioverterů a kardiostimulátorů vypočte jako 103 % úhrady dané skupině v roce 2015 a v případě stentů se vypočte jako 99 % úhrady dané skupině v roce 2015. Ke stanovení této výše úhrady přistupuje ministerstvo s ohledem na navýšení finančních prostředků v souvislosti se zvyšováním tarifních platů zdravotníků o 10 %, ale zároveň také s ohledem na snižování cen materiálů používaných v souvislosti s poskytováním těchto zdravotních služeb.

Dále individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat další zdravotní služby, které mají vyšší náklady z důvodu nízké schopnosti relativních vah predikovat náklady. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou na výši úhrady níže zmíněných zdravotních služeb, budou tyto případy zahrnuty v úhradě formou případového paušálu.

* Jedná se o hrazené služby zařazené podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů dle sdělení ČSÚ č. 313/2016 Sb. (dále jen „Klasifikace“) do DRG bazí č. 0001, 0002, 0003, 0014, 0204, 0802, 0804, 0818 a 1101, tzn. DRG baze, které byly zařazeny do individuálně sjednané složky úhrady v roce 2016.

|  |  |
| --- | --- |
| **DRG baze** | **Název** |
| 0001 | TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC |
| 0002 | TRANSPLANTACE JATER |
| 0014 | AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ |
| 0204 | VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE |
| 0802 | BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN |
| 0804 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČLE, LOKTE, ZÁPĚSTÍ, TOTÁLNÍ A REVERZNÍ ENDOPROTÉZA RAMENE BEZ CC |
| 0818 | TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KOLENA, HLEZNA BEZ CC |
| 1101 | TRANSPLANTACE LEDVIN BEZ CC |

* Zdravotní pojišťovna se dále může dohodnout s poskytovatelem, který má statut centra vysoce specializované péče na rozdílné výši a způsobu úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do DRG bazí č. 2250 – 2255 (péče popáleninové medicíny). Cílem je možnost navýšit úhradu centrům vysoce specializované péče, které mají vyšší náklady, než je zohledněno ve výpočtu relativních vah.
* Obdobně, zdravotní pojišťovna může zohlednit vyšší náklady a dohodnout si s poskytovatelem rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do DRG bazí č. 0138 až 0140, 0638, 0733, 1801 až 1834, 2401 až 2435. Cílem tohoto opatření je umožnit zlepšení zajištění péče o infekční pacienty a lépe řešit mimořádné situace včetně připravenosti na ně, tedy zohlednit vyšší fixní náklady.

|  |  |
| --- | --- |
| **DRG baze** | **Název** |
| 0138 | BAKTERIÁLNÍ A TUBERKULÓZNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU |
| 0139 | NEBAKTERIÁLNÍ INFEKCE NERVOVÉHO SYSTÉMU, KROMĚ VIROVÉ MENINGITIDY |
| 0140 | VIROVÁ MENINGITIDA |
| 0638 | JINÉ PORUCHY TRÁVICÍHO SYSTÉMU |
| 0733 | PORUCHY JATER, KROMĚ MALIGNÍ CIRHÓZY A ALKOHOLICKÉ HEPATITIDY |
| 1801 | VÝKONY PRO INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI |
| 1802 | VÝKONY PRO POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE |
| 1830 | SEPTIKÉMIE |
| 1831 | POOPERAČNÍ A POÚRAZOVÉ INFEKCE |
| 1832 | HOREČKA NEZNÁMÉHO PŮVODU |
| 1833 | VIROVÉ ONEMOCNĚNÍ |
| 1834 | JINÉ INFEKČNÍ A PARAZITÁRNÍ NEMOCI |
| 2401 | HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV |
| 2402 | HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV |
| 2403 | HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV |
| 2430 | HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU |
| 2431 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ |
| 2432 | HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV |
| 2433 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU |
| 2434 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY |
| 2435 | HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV |

* Dále zdravotní pojišťovna si může s poskytovatelem dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do DRG baze č. 1105 (menší výkony na ledvinách, močových cestách a močovém měchýři), pokud bude v rámci této DRG baze vykázán výkon č. 76419 (implantace arteficiálního sfinkteru) podle seznamu výkonů. Cílem tohoto opatření je umožnit navýšit úhradu pro případy, kdy je v souvislosti s touto DRG bazí vykázán výše zmíněný výkon, ale není ve výpočtu relativních vah zohledněn, nicméně výrazně zvyšuje náklady na danou DRG bazi.
* Zdravotní pojišťovna si může s poskytovatelem dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do DRG baze č. 0437 (chronická obstruktivní plicní nemoc), pokud bude v rámci této DRG baze vykázán výkon č. 25112 (endoskopické zavedení endobronchiální chlopně) nebo 25120 (stanovení přítomnosti kolaterální ventilace před bronchoskopickou volumredukcí) podle seznamu výkonů. Cílem tohoto opatření je navýšit úhradu pro takovéto případy, kdy není ve výpočtu relativních vah zohledněn výkon, který výrazně zvyšuje náklady na danou DRG bazi.
* Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou dohodnout rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, pokud bude v rámci baze vykázán DRG marker č. 07257 (Zavedení ECMO (extra corporeal membrane oxygenation), centrální kanylace – chirurgicky) nebo 07258 (Zavedení ECMO, periferní kanylace). Cílem tohoto opatření je navýšit úhradu pro takovéto případy, kdy není ve výpočtu relativních vah zohledněno použití ECMO přístroje, podpůrného systému pro mimotělní membránovou oxygenaci.

K bodu 2.2 - centrové léky

Maximální úhrada centrových léků bude pro rok 2017 stanovena pro všechny skupiny léčivých přípravků dohromady se zohledněním růstu úhrad v jednotlivých skupinách centrových léků, aby byla možnost nevyčerpané finanční prostředky v jedné skupině přesunout do přečerpaného limitu v jiné skupině centrových léků. Celková maximální úhrada je nastavena jako součet maximálních úhrad pro jednotlivé skupiny centrových léků. Navýšení pro jednotlivé skupiny bylo vypočteno na základě reálných údajů za náklady na centrové léky v roce 2015, 1. pololetí roku 2016 a předpokládaného růstu těchto nákladů v roce 2017.

V bodě 2.2.2 písm. bb) autoinflamatorní onemocnění se jedná zejména o léčivý přípravek ILARIS 150 MG. V bodě 2.2.2 písm. kk) nuklearní medicína se jedná zejména o léčivé přípravky THYROGEN 0,9 MG, 223Ra radium-dichlorid inj. a 131I-MIBG terap. inj.

Dále dochází ke stanovení referenčního roku 2015, z toho důvodu, že vyúčtování tohoto roku je již v roce 2017 uzavřeno, což pomůže poskytovatelům přesně naplánovat péči a zdravotním pojišťovnám lépe odhadnout náklady na centrové léky v zdravotně pojistném plánu na rok 2017.

K bodu 2.2.3

Úhrada centrových léků nad výše definovanou maximální úhradu je možná po předchozím schválení zdravotní pojišťovnou. Není však rozhodné, zda se jedná o nově zahájenou léčbu (tedy léčbu onemocnění, která v referenčním období poskytovatel neléčil) či o další léčbu stávajících onemocnění.

K § 4 a příloze 1, písmenu A. bodu 3 a příloze 10, 12 a 14

V roce 2017 bude zachován pro úhradu poskytovatelům akutní lůžkové péče mechanismus paušální úhrady podmíněné produkcí měřenou DRG .

Maximální možný nárůst paušální úhrady vzhledem k růstu disponibilních příjmů v systému veřejného zdravotního pojištění byl nastaven na 9 % oproti roku 2015. Tento růst zajišťuje potřebný růst úhrady k pokrytí navýšení osobních nákladů v souvislosti s růstem tarifní složky platů o 10 % a také zohledňuje přirozený růst nákladů tohoto segmentu.

Celková úhrada za rok 2017 je stanovena tím způsobem, že pokud se produkce měřená redukovaným casemixem (součtem relativních vah jednotlivých případů zařazených do příslušné skupiny vztažené k diagnóze) v roce 2017 rovná alespoň 97 % produkce referenčního období (měřené vykázaným, uznaným a zaplaceným casemixem roku 2015), obdrží od zdravotní pojišťovny plnou výši individuální paušální úhrady. Dosáhne-li nemocnice poměrně nižší úrovně produkce, bude její individuální paušální úhrada ve stejné proporci snížena. Od celkové úhrady se odečítají náklady za péči vyžádanou u jiných poskytovatelů, jelikož nemocnice dostává za hospitalizovaného pacienta prostředky na jeho vyléčení formou případového paušálu a pokud si takto péči vyžádá, zdravotní pojišťovna ji musí uhradit u toho poskytovatele, kde byla vyžádána, a hradila by ji de facto dvakrát. Referenčním obdobím je stanoven rok 2015. Při stanovení referenčního období byly zváženy výhody a nevýhody dvou možností – referenčního období předcházejícího hodnocenému o 1 rok a o 2 roky. Převážily výhody referenčního období předcházejícího o 2 roky, a to především proto, že v tomto období je již uzavřeno vykazování a tedy odpadá riziko účelového dovykazování poskytnutých zdravotních služeb za účelem zvýšení úhradového stropu (nebo paušálu) v hodnoceném období.

Výpočet maximální možné úhrady zahrnuje ochranu proti účelovému chování poskytovatele (výběru pouze pacientů s vysokou hodnotou casemixu vůči reálným nákladům (Cobb\_douglasova funkce) či dokonce přímo účelovému chování (upcoding) a překládání pacientů k poskytovatelům následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele nebo překládání pacientů k jiným poskytovatelům akutní lůžkové péče (unbundling)).

Cobb-douglasova funkce - Pravidlo je stanoveno tak, že pokud se průměrná obtížnost případu (měřená jako celkový casemix dělený počtem případů) v roce 2017 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 5 %, dostane se poskytovatel do pásma plynulé degrese. V případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese menší nebo roven 0,01, dostane se poskytovatel do plynulé degrese až pokud se celkový casemix dělený počtem případů v roce 2017 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 15 %. Tímto opatřením se zohledňují větší výkyvy casemixu v jednotlivých letech u zdravotních pojišťoven, které mají malé zastoupení pojištěnců v daném okrese, tzn. pár nákladnějších pojištěnců může navýšit významně casemix, aniž by docházelo k účelovému chování.

Unbundling - Jelikož u malého počtu překladů pacientů může vychýlení z referenčních hodnot způsobit velmi výrazné snížení casemixu, aniž by docházelo k účelovému chování (unbundlingu), regulace za takové překlady se bude nově uplatňovat pouze v případě, že je počet překladů v referenčním nebo hodnoceném období větší než 100 a zároveň pokud je počet případů, které jsou překládány, větší nebo roven 10 % z celkového počtu případů u dané zdravotní pojišťovny.

Jak bylo výše zmíněno, v případě nedosažení požadované produkce je individuální paušální úhrada snížena. Na druhé straně, v případě nadprodukce je část produkce uhrazena. Dosáhne-li poskytovatel vyšší produkce, bude mu z 85 % hrazeno pásmo produkce od 103 % do 110 % roku 2015 a z 65 % pásmo produkce od 110 % do 120 % a tato produkce bude poměrně snížena, pokud poskytovatel nedosáhne požadovaného navýšení počtu globálních unikátních pojištěnců. Tímto opatřením dochází k zohlednění výkyvů produkce mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami a kompenzaci koncentrace nákladů u některých poskytovatelů zdravotních služeb. Stanovená pásma produkce byla vypočtena na základě produkčních dat za roky 2014 a 2015 a dopadů na jednotlivé zdravotní pojišťovny. Nebude uhrazena celá nadprodukce, ale pouze její část (variabilní náklady), z důvodu možného účelového chování poskytovatelů a umělého navyšování objemu produkce.

Pokud poskytovatel, který má současně statut centra vysoce specializované onkogynekologické péče, statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, statut centra vysoce specializované kardiovaskulární péče, statut centra vysoce specializované traumatologické péče, statut centra vysoce specializované onkologické péče a statut centra vysoce specializované hematoonkologické péče pro dospělé a děti s transplantační jednotkou podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, má individuální základní referenční sazby menší než 33 500 Kč, nebo u ostatních poskytovatelů menší než 22 500 Kč, vypočítá se referenční úhrada, od které se odvíjí paušální úhrada na rok 2017 na základě této minimální základní referenční sazby. Pomocí tohoto opatření dojde k částečnému sblížení individuálních základních sazeb. U poskytovatelů, kteří mají statut většiny druhů center (s výjimkou popáleninových center, která budou zvýhodněna v rámci individuálně nasmlouvané složky úhrady a iktových center, jelikož jsou zde zařazeni poskytovatelé se statutem cerebrovaskulárního centra, která představují vyšší stupeň iktových center) a poskytují tedy vysoce specializovanou, komplexní a velmi nákladnou péči, je cílem zohlednit vyšší nákladovost péče a sblížit úhrady zejména napříč zdravotními pojišťovnami.

Pro výkony č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů (pobyt průvodce pojištěnce), vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální sazba za ošetřovací den ve výši 406 Kč oproti stávajícím 375 Kč. Navýšení je shodné s navýšením minimální sazby za tento typ ošetřovacího dne v následné péči.

K § 4 a příloze č. 1, písmenu A. bodu 4 a příloze 13

Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do DRG (Diagnosis-Related Groups) bazí vztažených k diagnóze uvedených v tabulce níže. Tímto opatřením zohledňujeme přesun nákladů spojený s přesunem pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami i poskytovateli při absenci koeficientů přechodu pojištěnců. Byly zachovány stejné DRG baze jako pro rok 2016, u kterých nehrozí riziko zneužití a umělé navyšování vykázané péče. Dochází pouze k jedné změně, a to k uplatnění minimální základní referenční sazby, která je stanovena na 25 000 Kč.

|  |  |
| --- | --- |
| **DRG baze** | **Název skupiny** |
| 1460 | POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM |
| 1461 | VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ |
| 1462 | VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE |
| 1463 | VAGINÁLNÍ POROD |
| 1561 | NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ |
| 1562 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM |
| 1563 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU |
| 1564 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM |
| 1565 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU |
| 1566 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM |
| 1567 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU |
| 1568 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM |
| 1569 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU |
| 1570 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM |
| 1571 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM |
| 1572 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ |
| 1573 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM |
| 1574 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKCÍ |
| 1575 | NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU |
| 2401 | HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV |
| 2402 | HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV |
| 2403 | HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV |
| 2430 | HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU |
| 2431 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ |
| 2432 | HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV |
| 2433 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU |
| 2434 | HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKCÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY |
| 2435 | HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV |

K § 4 a příloze 1, písmenu A. bodu 5

V případě poskytnutí zdravotních služeb zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby výkonově podle seznamu výkonů a pro rok 2017, se hodnota bodu zvyšuje na 1,12 Kč. Jedná se o stejný nárůst od roku 2014 do roku 2017, jako byl nastaven pro paušální úhradu akutní lůžkové péče.

K § 4 a příloze 1, písmenu A. bodu 6

Úhrada ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) bude stanovena obdobně jako v loňském roce. V nemocničních ambulancích se stanoví maximální strop ambulantní úhrady na 109 % roku 2015. Tento růst zajišťuje potřebný růst úhrady k pokrytí navýšení osobních nákladů v souvislosti s růstem tarifní složky platů o 10 %.

Celková maximální úhrada za ambulantní péči je rozdělena na dvě složky, na maximální úhradu laboratorního komplementu a ostatních segmentů ambulantní péče u poskytovatelů akutní lůžkové péče. Maximální úhradu ostatních segmentů ambulantní péče lze navýšit v případě, že poskytovatel v hodnoceném období nedosáhl požadovanou produkci v akutní péči (97 % referenčního casemixu). Tímto opatřením může být umožněno poskytovatelům navýšit maximální úhradu ambulantní péče, pokud dochází k přesunu péče z akutních lůžek do ambulancí, nicméně je zde ošetřena možnost velmi snadného navýšení produkce v laboratorním komplementu, ke které by mohlo docházet při nedosažení produkce v akutní lůžkové části, v případě umožnění navýšení celé ambulantní úhrady.

Hodnoty bodu u ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče se stanoví ve stejné výši jako u mimo nemocničních ambulancí. Nedochází k uplatnění úhradových mechanismů (maximálního stropu dle průměrné úhrady na unikátního pojištěnce příp. snížené výsledné hodnoty bodu) z jednotlivých příloh. Dále z důvodu podpory nepřetržité péče a snahy zohlednit vyšší fixní náklady, bude poskytovatelům, kteří poskytují nepřetržitou péči alespoň 16 hodin 7 dní v týdnu v laboratoři a na radiodiagnostickém oddělení, náležet navýšení úhrady ve výši 0,05 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný bod.

Z důvodu doporučení ministerstva a v souladu s Usnesením vlády ČR č. 466/2010 a č. 76/2015, aby laboratorní screeningová vyšetření novorozenců byla prováděna u všech novorozenců narozených na území ČR (Věstníku č. 6/2016) a podpory novorozeneckých laboratorních screeningů jako rychlé diagnostiky vzácných onemocnění, která umožňuje včasnou léčbu novorozenců, se nezahrne novorozenecký laboratorní screening do regulace na vyžádanou péči ani maximální úhrady a tyto výkony budou hrazeny dle seznamu výkonů bez limitu.

Nově bude uplatňována regulace za předepsané léčivé přípravky od překročení 98 % roku 2014, jelikož je snaha regulovat zvýšené náklady za léčivé přípravky, navíc v roce 2015 poklesla DPH, ale v úhradách se tato změna neprojevila a náklady na předepsané léčivé přípravky neustále rostly.

K § 4 a příloze 1, písmenu B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetřovatelská lůžka) bude v roce 2017 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace. Paušální sazba v roce 2017 bude stanovena jako maximum dvou hodnot – 106,5 % paušální sazby v roce 2016; minimální paušální sazba stanovená pro každý ošetřovací den a kategorii pacienta. Toto navýšení má za cíl alokovat poskytovatelům dostatečné finanční prostředky pro pokrytí nárůstu platů a rovněž zvýšit nejnižší paušální sazby a tím sblížit paušální sazby mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli. U ošetřovacího dne 00005 ke sbližování minimálních paušálních sazeb pro rok 2017 nedochází, neboť u tohoto typu ošetřovacího dne lze sledovat výrazný trend nárůstu počtu ošetřovacích dní, tedy i celkových nákladů, sbližování těchto sazeb by mělo za důsledek výrazný finanční dopad na některé zdravotní pojišťovny.

Minimální paušální sazby také zohledňují zvýšené nároky na počet ošetřovacího personálu u ošetřovacího dne č. 00022 (lůžka rehabilitačních odborných léčebných ústavů) a ošetřovacího dne č. 00027 (lůžka dětských rehabilitačních odborných léčebných ústavů), u kategorií pacientů 3 a 4 podle seznamu výkonů. Tyto zvýšené náklady vznikly v roce 2013 v souvislosti s novou vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tato vyhláška stanovuje pro kategorie pacientů 3 a 4 zajistit nad rámec obvyklého počtu zaměstnanců navíc 0,5 úvazku lékaře, 0,8 úvazku lékaře s odbornou způsobilostí, 9,0 úvazků všeobecné sestry, 10,0 úvazků sanitáře, ošetřovatele či maséra a 3,0 úvazky fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta.

Hodnota bodu pro úhradu zvláštní lůžkové péče se oproti roku 2016 navyšuje o 8 haléřů, což umožní poskytovatelům hospicového typu navýšení mezd a platů zdravotníků.

U poskytovatelů zvláštní ambulantní péče nedochází ke změnám v úhradových mechanismech. Regulační omezení je opět nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období. Indexem navýšení je pro rok 2017 nastaven na 1,26, tzn. růst průměrné úhrady o 26 % oproti roku 2015 (dopad cca 330 mil. Kč). Tento index zohlední navýšení minutové režijní sazby v seznamu výkonů u všeobecných sester v sociálních službách na úroveň odbornosti domácí zdravotní péče a také navýšení platů o 6 % oproti roku 2015, resp. 3 % oproti roku 2016.

K § 5 a příloze 2

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Pro praktické lékaře pro dospělé jsou nastaveny pro rok 2017 tři základní kapitační platby ve výši 54 Kč, 50 Kč a 48 Kč navázané na ordinační dobu. K navýšení dochází z důvodu zohlednění vyššího počtu výkonů zahrnutých v kapitační platbě po zrušení regulačních poplatků, kdy pacienti navštěvují praktické lékaře o 30 % více než před zrušením regulačních poplatků. Kapitační platba bude navýšena dále o 0,5 Kč, pokud praktický lékař pro dospělé provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let (v tomto věku je ze zákona hrazen větší rozsah preventivních vyšetření). Cílem tohoto opatření je i nadále motivovat poskytovatele, aby se aktivně starali o své pacienty.

Oproti roku 2016 dochází ke zvýšení hodnoty bodu pro výkony prevence a pro výkony očkování pro praktické lékaře pro děti a dorost z 1,12 Kč na 1,14 Kč za bod. Ke zvyšování hodnot bodu u těchto výkonů dochází z důvodu snahy posilovat mimokapitační složku úhrady, která motivuje praktické lékaře pro děti a dorost k aktivnímu přístupu ke svým registrovaným pacientům.

K § 6 a příloze 3

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, včetně poskytovatelů hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 905 (zrakový terapeut), 919 (adiktologie) a 927 (ortoptista) podle seznamu výkonů. Ustanovení týkající se hemodialyzační zdravotní péče vychází z dohodovacího řízení. Poskytovatelé ambulantní hemodialyzační péče se dohodli na zvýšení hodnoty bodu z 0,90 Kč na 0,91 Kč za bod. Pro výkony č. 18530 a 18550 (hemofiltrace a hemodiafiltrace) podle seznamu výkonů se hodnota bodu zvyšuje z 0,75 Kč na 0,76 Kč za bod.

V segmentu ambulantních specialistů nedochází ke změnám v úhradových mechanismech ani výši úhrad oproti roku 2016. Regulační omezení je opět nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a indexem 1,035. Pokud úhrada za mimořádně nákladné pojištěnce (pětinásobek průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období) v hodnoceném období převýší úhradu za mimořádně nákladné pojištěnce v referenčním období, bude mu tato úhrada zaplacena. Takto zvolený úhradový mechanismus motivuje poskytovatele zdravotních služeb k zvyšování efektivity v poskytování hrazených zdravotních služeb. Tento úhradový mechanismu při nezměněné produkci nesnižuje úhradu, ke snížení úhrady dochází pouze v případě zvýšení průměrné úhrady na unikátního pojištěnce oproti referenčnímu období. Pokud ale dojde ke změně struktury péče (nově nasmlouvané výkony atd.), která by mohla vychylovat průměrnou úhradu od referenční průměrné úhrady, zdravotní pojišťovna zohlednění tuto změnu ve výpočtu a k regulaci úhrady nedojde.

Oproti roku 2016 dochází k vyčlenění poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu zdravotních výkonů z bodu 1 přílohy č. 3 vyhlášky. Maximální úhrada za výkony odbornosti 903 bude tedy stanovena na základě úhradového mechanismu zmíněném v předchozím odstavci. K tomuto kroku dochází z důvodu vyššího růstu nákladů tohoto segmentu v minulých letech a z důvodu jiné struktury výkonů odborností, které jsou vyčleněny z regulace průměrnou úhradou (odbornosti uvedené v bodě 1 přílohy č. 3 vyhlášky, které jsou hrazeny bez omezení), a u kterých je možnost účelového chování omezena.

V případě menšího počtu ošetřených pacientů (50 a méně unikátních pojištěnců), se může průměrná úhrada v referenčním období výrazně lišit od průměrné úhrady v hodnoceném období, proto se v takových případech výše zmíněný regulační mechanismus nepoužije.

K § 7 a příloze 4

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 (gynekologie a porodnictví) a 604 (dětská gynekologie) podle seznamu výkonů.

Segment poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb došel v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven. Poskytovatelé ambulantních gynekologických služeb se dohodli, že maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce je omezena průměrnou úhradou v referenčním období a zároveň je poskytovateli umožněn růst úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 102 % průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v referenčním období.

K § 8 a příloze č. 11

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství. V příloze č. 11 je seznam výkonů poskytovatelů v oboru zubního lékařství s cenami těchto výkonů. Celý text v této příloze vychází z dohody z dohodovacího řízení. Dochází ke zvýšení úhrady za výkony preventivních prohlídek. Nárůst úhrad za celý segment poskytovatelů v oboru zubní lékařství by měl odpovídat 2,5 %.

K navýšení úhrad došlo u těchto kódů:

* 00900 Komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce ze 428 Kč na 458 Kč.
* 00901 Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka z 410 Kč na 450 Kč.
* 00946 Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka I z 336 Kč na 376 Kč.

Dále dochází pouze k technickým změnám v textu některých výkonů nebo regulačních omezení.

K § 9 a příloze č. 5

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech (tj. v odbornostech 222 (transfúzní lékařství), 801 (klinická biochemie), 802 (lékařská mikrobiologie), 804 (lékařská parazitologie), 805 (lékařská virologie), 806 (mamografický screening), 807 (patologická anatomie), 808 (soudní lékařství), 809 (radiologie a zobrazovací metody), 810 (radiologie a zobrazovací metody – skupina 1), 812 až 823 (laboratoř) podle seznamu výkonů).

Celé znění vyhlášky pro poskytovatele ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech vychází z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení.

Pro rok 2017 bude zachován stávající systém úhrad a regulačních omezení. Mění se pouze koeficient navýšení, pro rok 2017 je koeficient nastaven na 1,025. Měsíční zálohy hrazené poskytovateli byly přizpůsobeny tomuto novému koeficientu. Na základě dohody dochází ke snížení úhrady za genetický výkon BRCA komplet ze 40 254 Kč na 30 066 Kč. Dále dochází ke zvýšení hodnoty bodu odborností 809 (radiologie a zobrazovací metody podle seznamu výkonů) a 810 (radiologie a zobrazovací metody – skupina 1 podle seznamu výkonů) z 1,10 Kč na 1,12 Kč za bod. V případě výkonů č. 89711 – 89725 podle seznamu výkonů (výkony magnetické rezonance) dochází ke snížení hodnoty bodu z 0,55 Kč na 0,53 Kč za bod.

K § 10 a příloze č. 6

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911 (všeobecná sestra), 914 (psychiatrická sestra), 916 (nutriční terapeut), 921 (porodní asistentka) a 925 (sestra domácí zdravotní péče) podle seznamu výkonů.

Regulační omezení je opět nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a dále násobeno indexem navýšení 1,03. Tento úhradový mechanismus při nezměněné produkci nesnižuje úhradu, ke snížení úhrady dochází pouze v případě zvýšení průměrné úhrady na unikátního pojištěnce oproti referenčnímu období. Pokud ale dojde ke změně struktury péče (nově nasmlouvané výkony atd.), která by mohla vychylovat průměrnou úhradu od referenční průměrné úhrady, zdravotní pojišťovna zohlednění tuto změnu ve výpočtu a k regulaci úhrady nedojde. Dále se nově pro poskytovatele ambulantní péče v odbornosti 914 podle seznamu výkonů zvyšuje hodnota bodu z 0,90 Kč na 0,95 Kč z důvodu podhodnocení této péče a nízkého počtu psychiatrických sester v České republice.

K § 11 a příloze č. 7

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 902 (fyzioterapeut) a 917 (ergoterapeut) podle seznamu výkonů.

V odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů dochází k nastavení indexu navýšení na 1,03. Kromě změny indexu nedochází v tomto segmentu k žádným změnám v systému úhrad.

K § 12

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče.

Znění tohoto ustanovení vychází částečně z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení.

Dochází k rozdílnému stanovení hodnoty bodu pro tzv. zdravotní výkony a rozdílné hodnoty bodu pro tzv. dopravní výkony. Dále z dohody vyplývá nastavení regulačního omezení pro vykazování výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů (aplikace medicinálního kyslíku).

U segmentu zdravotnické záchranné služby ministerstvo nastavilo hodnotu bodu pro zdravotní výkony z 1,11 na 1,13 Kč za bod a pro dopravní výkony hodnota bodu ve výši 1,12 Kč za bod. Obdobně u přepravy pacientů neodkladné péče dochází ke zvýšení hodnoty bodu pro zdravotní výkony z 1,10 na 1,12 Kč za bod a pro dopravní výkony dochází ke zvýšení hodnoty bodu z 1,10 Kč na 1,11 Kč za bod. Ministerstvo oproti dohodě z dohodovacího řízení navýšilo hodnoty bodu o 1 haléř z důvodu, že dohodnutý růst na dohodovacím řízení nebyl dostatečný na pokrytí zvýšených osobních nákladů z důvodů navýšení tarifní složky platu o 10 % dle nařízení vlády.

K § 13 a příloze č. 8

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby.

Znění těchto ustanovení vychází z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení. V segmentu zdravotnické dopravní služby nedochází oproti roku 2016 k žádným změnám v systému úhrad.

K § 14

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství, ve výši 1,00 Kč.

Znění ustanovení vychází z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení.

K § 15

Stanoví se výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, péče v ozdravovnách.

Úhrada za jeden den pobytu jak pro komplexní, tak pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči bude navýšena o 4 %, z důvodu nutného zajištění potřebného růstu prostředků na navýšení platů o 10 %. U tohoto segmentu je nastaven nižší růst než u ostatních lůžkových segmentů, jelikož u poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče tvoří osobní náklady menší část celkových nákladů (cca 40 %). Obdobně dojde k navýšení úhrady ozdravovnám o 4 % za den (navýšení z 807 Kč na 839 Kč za den).

K § 16

Stanoví se úhrada ve výši 30 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon klinického vyšetření. Úhrada poskytovateli za tento výkon nepřekročí objem vybraných regulačních poplatků tohoto typu v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do žádného omezení, jako je maximální výše úhrad atd.

K § 17

Stanoví se úhrada ve výši 13 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon výdeje léčivého přípravku na recept. Jelikož došlo k novému přepočtu výše kompenzace zrušeného poplatku za výdej léčivého přípravku na recept podle aktuálního počtu uhrazených signálních výkonů, navyšuje se oproti roku 2016 úhrada za signální výkon o 1 Kč. Tento výkon může poskytovatel zdravotní pojišťovně vykázat nejvýše tolikrát, kolik receptů přijal v roce 2014 od jejích pojištěnců.

K § 18

Stanoví se úhrada ve výši 10 000 Kč za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů (signální výkon indikace odběru orgánu nebo orgánů od zemřelého dárce). Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené v příloze č. 1 vyhlášky. Stejně jako v roce 2016 tedy dochází k bonifikaci za odběr orgánů. Smysl tohoto výkonu je označit nemocnici, která provedla indikaci odběru orgánu nebo orgánů od zemřelého dárce. Úhrada za tento signální výkon má podpořit ty poskytovatele, kteří aktivně vyhledávají možné dárce a přispívají k rychlé indikaci a včasnému poskytnutí orgánu příjemci.

K § 19

V souladu se zmocněním se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad a regulačních omezení na celý kalendářní rok, a proto se nabytí účinnosti této vyhlášky stanoví k 1. lednu 2017.