

## Návrh VZP ČR v segmentu ambulantní specializované péče včetně regulačních omezení pro rok 2018

### A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
  - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetrovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
  - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů a poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
  - c) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.
  - d) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
  - e) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,68 Kč.
  - f) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč a pro výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701 nebo 702 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
  - g) U poskytovatelů uvedených v bodu a) tohoto odstavce bude celková úhrada za vyžádané laboratorní výkony (LABÚ) stanovena pro danou odbornost takto:

**když  $PUROlab_{ref} \leq ZSlab$**

$$LABÚ = \min \{ POPlab_{ho} \times \min [ZSlab; (PUROlab_{ref} \times 1,03)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref} \times 1,03] \}$$

**když  $PUROlab_{ref} = (ZSlab; 1,3 \times ZSlab)$**

$$LABÚ = \min \{ [POPlab_{ho} \times (ZSlab + (PUROlab_{ref} - ZSlab) \times 0,90)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref}] \}$$

**když  $PUROlab_{ref} = (1,3 \times ZSlab \text{ a více})$**

$$LABÚ = \min \{ [POPlab_{ho} \times (ZSlab + (PUROlab_{ref} - ZSlab) \times 0,85)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref}] \}$$

kde:

**$PUROlab_{ref}$**  je průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny za laboratorní výkony včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť

účtovaných léčivých přípravků podle seznamu výkonů vyžádané poskytovatelem dané odbornosti v referenčním období. Laboratorní výkony jsou oceněny hodnotou bodu stanovenou pro příslušnou laboratorní odbornost v referenčním období,

**ZSlab** je základní sazba za laboratorní výkony vyžádané poskytovatelem v dané odbornosti. Výše základní sazby za jednotlivé odbornosti jsou uvedeny v Příloze č. xx k této vyhlášce,

**POPlab<sub>ho</sub>** je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v hodnoceném období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření,

**POPlab<sub>ref</sub>** je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v referenčním období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření.

2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč. Celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$1,01 \times \text{POPzpoZ} \times \text{PURO}_{\text{ref}} + 1,01 \times \max[\text{PURO}_{\text{ref}} \times \text{POPzpoMho}; (\text{UHRMho} - \text{UHRMref})]$$

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období nepřekročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,

**POPzpoM<sub>ho</sub>** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,

**PURO<sub>ref</sub>** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů,

**UHRM<sub>ho</sub>** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; Do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období,

**UHRM<sub>ref</sub>** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; Do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

3. U poskytovatelů uvedených v bodu 2) bude celková úhrada za vyžádané laboratorní výkony (LABÚ) stanovena pro danou odbornost takto:

**když PUROlab<sub>ref</sub> ≤ ZSlab**

$LABÚ = \min \{ POPlab_{ho} \times \min [ZSlab; (PUROlab_{ref} \times 1,03)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref} \times 1,03] \}$

**když PUROlab<sub>ref</sub> = (ZSlab; 1,3 x ZSlab)**

$LABÚ = \min \{ [POPlab_{ho} \times (ZSlab + (PUROlab_{ref} - ZSlab) \times 0,90)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref}] \}$

**když PUROlab<sub>ref</sub> = (1,3 x ZSlab a více)**

$LABÚ = \min \{ [POPlab_{ho} \times (ZSlab + (PUROlab_{ref} - ZSlab) \times 0,85)]; [POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref}] \}$

kde:

**PUROlab<sub>ref</sub>** je průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny za laboratorní výkony včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků podle seznamu výkonů vyžádané poskytovatelem dané odbornosti v referenčním období. Laboratorní výkony jsou oceněny hodnotou bodu stanovenou pro příslušnou laboratorní odbornost v referenčním období,

**ZSlab** je základní sazba za laboratorní výkony vyžádané poskytovatelem v dané odbornosti. Výše základní sazby za jednotlivé odbornosti jsou uvedeny v Příloze č. xx k této vyhlášce,

**POPlab<sub>ho</sub>** je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v hodnoceném období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření,

**POPlab<sub>ref</sub>** je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v referenčním období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření.

- U poskytovatelů uvedených v bodu 2) bude celková úhrada za vyžádané screeningové laboratorní výkony (SCRÚ) stanovena pro danou odbornost takto:

$$\text{SCRÚ} = (\text{POPsnv}_{\text{ho}} \times \text{ZSsnv})$$

kde:

**POPsnv<sub>ho</sub>** je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v hodnoceném období poskytovatelem indikováno laboratorní screeningové novorozenecké vyšetření,

**ZSsnv** je základní sazba za laboratorní screeningové novorozenecké vyšetření vyžádané poskytovatelem v dané odbornosti. Výše základní sazby je pro hodnocené období stanovena ve výši **593,- Kč**.

- U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval péči v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti, a pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádané laboratorní výkony v dané odbornosti hodnoty základní sazby uvedené v Příloze č. xx k této vyhlášce.
- U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.
- Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 2 se nepoužije:
  - v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost,
  - v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům,

V těchto případech se výkony hradí hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč.

- Měsíční předběžná úhrada za výkony hrazených služeb dle seznamu výkonů se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady za referenční období. Měsíční předběžná úhrada za výkony vyžádané laboratorní péče (PMÚlab) se poskytne poskytovateli ve výši:

když  $\text{PUROlab}_{\text{ref}} \leq \text{ZSlab}$

$$\text{PMÚlab} = 1,03 \times \text{POPlab}_{\text{ref}} \times \text{PUROlab}_{\text{ref}}$$

když  $\text{PUROlab}_{\text{ref}} > \text{ZSlab}$

$$\text{PMÚlab} = \text{POPlab}_{\text{ref}} \times [(\text{ZSlab} + (\text{PUOlab}_{\text{ref}} - \text{ZSlab}) \times 0,90)]$$

Do předběžné měsíční úhrady se nezapočítává úhrada za vyžádané screeningové laboratorní výkony. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

7. Do maximální úhrady podle bodu 2 se nezahrne úhrada za služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů poskytnutá v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení, a dále se do maximální úhrady podle bodu 2 nezahrne úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů.

## **B) Regulační omezení**

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2018 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
  - (i) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
  - (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
  - (iii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v bodě 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál 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 vykázan pouze výkon č. 09513.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % 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 výkon č. 09513.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 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 výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu 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 hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí.
7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.

12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
14. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
15. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

### **C) Kompenzace regulačních poplatků**

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu výkonů se sjednává úhrada 30 Kč.
2. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle Seznamu výkonů v roce 2018 nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných Pojišťovně v referenčním období, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.
3. Za referenční období se pro kompenzaci regulačních poplatků považuje rok 2014.