

NÁVRH SZP ČR PRO DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ NA ROK 2018

Zdravotní služby poskytované poskytovateli akutní zdravotní péče budou v roce 2018 hrazeny podle individuálního smluvního ujednání mezi konkrétním poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“) a příslušnou zdravotní pojišťovnou. V případě, že mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb nedojde k individuální smluvní dohodě o způsobu a výši úhrady zdravotních služeb, budou zdravotní služby poskytované v roce 2018 hrazeny dle níže uvedených pravidel.

A) Ústavní péče

1. Úhrada poskytovateli v roce 2018 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, hospitalizační složku úhrady a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady“). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2016, poskytovatelem vykázané do 31. března 2017 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2017. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2018, poskytovatelem vykázané do 31. března 2019 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2019.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

2.1.1. Výše a způsob úhrady zdravotních služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴⁾ (dále jen „Klasifikace“) do bazí

- a) 0501, 0507, 0511, 0516,
- b) 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528

uvedených v Příloze č.x k této vyhlášce (dále jen „vyjmenované baze“) se sjedná ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako hrazené služby zařazené podle Klasifikace⁴⁾ do vyjmenovaných bazí, nezapočítávají do úhrady uvedené v bodě 3.

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. dubna 2018, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $ÚHR_{ZZ}^{ho}$ vypočtené takto:

$$ÚHR_{ZZ}^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,ZZ}^{ho} * \frac{ÚHR_{i,ZZ}^{2016}}{PP_{i,ZZ}^{2016}} \right\}; \sum_{i=1}^n \{ÚHR_{i,ZZ}^{2016}\} \right),$$

kde:

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

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

$ÚHR_{i,ZZ}^{2016}$ je celková úhrada poskytovateli za vyjmenovanou bazi v roce 2016, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí

$PP_{i,ZZ}^{2016}$ je počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v roce 2016 kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí

⁴⁾ Sdělení ČSÚ č. 339/2011 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

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

2.1.2. Zdravotní pojišťovna a poskytovatel si mohou sjednat ve smlouvě rozdílnou výši a způsob úhrady hrazených služeb i pro jiné hrazené služby, než je uvedeno v bodě 2.1.1.

2.1 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 vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných léčivých přípravků, maximálně však do celkové výše 106 % úhrady náležející poskytovateli za tyto léčivé přípravky v roce 2017 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,

kteřé budou hrazeny po předchozím souhlasu 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.

3. Hospitalizační složka úhrady

Úhrada formou případového paušálu ($PU_{drg,2018}$) zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. k vyhlášce a stanoví se takto:

- 3.1. Případy hospitalizací se při výpočtu CM_{2018} a CM_{2016} rozumí případy hospitalizací přepočtené podle pravidel pro Klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných v roce 2018.
- 3.2. Léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem a uvedené v příloze č. k vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši dle platného číselníku.
- 3.3. Úhrada formou případového paušálu se spočte následovně:

$$CELK\ PU_{drg,2018} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{2018}}{0,99 * CM_{2016}} \right\} * IPU - EM_{2018}$$

kde $IPU = 1,062 * PU_{drg,2016}$,

kde:

$PU_{drg,2016}$ je celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. $PU_{drg,2016}$ se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2016} = \max\{CM_{2016} * ZS_{min}; CELK PU_{drg,2016} + EM_{2016}\},$$

kde:

$CELK PU_{drg,2016}$ je celková úhrada formou případového paušálu v referenčním období.

ZS_{min} , je minimální základní sazba, která se stanoví ve výši 33 500 Kč pro poskytovatele, který má současně statut centra vysoce specializované onkogynekologické péče, centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované kardiovaskulární péče, centra vysoce specializované traumatologické péče, centra vysoce specializované onkologické péče a centra vysoce specializované hematoonkologické péče s transplantační jednotkou podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; pro ostatní poskytovatele se minimální základní sazba stanoví ve výši 24 000 Kč.

EM_{2016} je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle příloh č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v referenčním období, včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

4. V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům a dále v případě, že poskytovatel poskytne v roce 2016 nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,12 Kč.
5. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, hrazených služeb v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství, hrazených služeb ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v odbornostech 902, 903, 905, 911, 914, 919, 921, 925 a 927 (dále jen „ambulantní péče“) s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci a při propuštění z hospitalizace.
 - 5.1. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo

podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části D) a E) přílohy č. 2 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nepoužijí.

- 5.2. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A) bodu 1 a 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle části A) bodu 2 přílohy č. 3 k této vyhlášce a regulačních omezení uvedených v části B) přílohy č. 3 k této vyhlášce, která se pro specializovanou ambulantní zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a poskytovatele v odbornostech 903, 905, 919 a 927 nepoužijí.
- 5.3. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v části A) bodu 1 přílohy č. 4 k této vyhlášce, s výjimkou regulačních omezení uvedených v části B) přílohy č. 4 k této vyhlášce, která se pro hrazené služby poskytované v odbornostech 603 a 604 nepoužijí.
- 5.4. Pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodů 1 a 2 přílohy č. 5 k této vyhlášce.
- 5.5. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 911, 914, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě 1 a 3 přílohy č. 6 k této vyhlášce.
- 5.6. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví v bodě 1 a 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, s výjimkou výpočtu celkové úhrady podle bodu 2 přílohy č. 7 k této vyhlášce, který se pro hrazené služby poskytované ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů nepoužije.
- 5.7. Pro výkony poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se výsledná hodnota bodu stanoví ve výši hodnoty bodu podle bodu 1 písm. a) a b) přílohy č. 8 k této vyhlášce.
- 5.8. Hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství se hradí podle § 8.
- 5.9. Hrazené služby poskytované v rámci lékařské pohotovostní služby se hradí podle § 14.
- 5.10. Maximální úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodů 5.1 až 5.9 se stanoví ve výši:

$$\text{Úhr}_{\text{amb}_{\text{max}}} = \text{Úhr}_{\text{amb}_{2016}} * 1,062$$

kde:

$\text{Úhr}_{\text{amb}_{\text{max}}}$ je maximální možná 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., poskytnuté v hodnoceném období podle odstavců 5.1 až 5.9

$\text{Úhr}_{\text{amb}_{2016}}$ je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v roce 2015 podle odstavců 6.1 až 6.9, včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

- 5.11. Pro nasmlouvaný výkon 09563 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč, pro nasmlouvaný výkon 88101 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Pro výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč. Výkony uvedené ve větě první a druhé zdravotní pojišťovna nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 5.1 až 5.10.
- 5.12. Léčivé přípravky uvedené v příloze č. k vyhlášce uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli ve výši dle platného číselníku.
6. Pokud dojde u Poskytovateleke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.
7. Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů, zdravotní péče poskytovaná zahraničním pojištěncům a nutná a neodkladná péče poskytovaná nesmluvními poskytovateli zdravotních služeb, bude hrazena v hodnotě bodu pro hospitalizační případy ve výši 1,- Kč, pro výkony provedené v ambulantním režimu v hodnotách bodu uvedených v bodě 5.
8. Zdravotní pojišťovna může Poskytovateli poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši 106,2% jedné dvanáctiny objemu úhrady náležející Poskytovateli v příslušném referenčním období po vypořádání všech regulačních opatření s výjimkou regulace preskripce. Předběžná úhrada za hodnocené období bude finančně vypořádána v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 30. 6. 2019.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu

- 1.1. Revizi jednotlivého případu podle bodu 1.4 písm. a) zdravotní pojišťovna uplatní pouze
- na případy v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal 10 či méně než 10 případů, nebo
 - maximálně na X případů v DRG bazi, v níž poskytovatel vykázal více než 10 případů a na níž nebyla uplatněna revize podle bodu 1.4 písmene b) nebo c), kde X se vypočítá jako 10 případů plus 10 % případů vykázaných v dané DRG bazi.
- 1.2. Na DRG baze, v nichž poskytovatel vykázal více než 10 případů, uplatní pojišťovna revize podle bodu 1.4 písm. b) nebo c), s výjimkou případů popsaných v bodě 1.2 písm. b).
- 1.3. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný CM_{2018} takto:

- při revizi jednotlivého případu sníží CM o:

$$(CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) \times 2$$

nebo

- při revizi, při které bylo prokázáno statisticky méně významné množství nesprávně zařazených případů v jedné DRG bazi, sníží CM o:

$$((CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) / (CM_{\text{původní}})) \times \Sigma \text{ CM base} \times 0,2$$

nebo

- c) při revizi, při které bylo prokázáno statisticky významné množství nesprávně zařazených případů v jedné DRG bazi, sníží CM o:

$$((CM_{\text{původní}} - CM_{\text{revidovaný}}) / (CM_{\text{původní}})) \times \Sigma \text{ CM base} \times 0,8,$$

kde:

CM base součet relativních vah příslušné DRG baze

DRG baze agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace. Jsou dány prvními 4 znaky z pětičíselného kódu DRG skupiny.

DRG skupina skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace

Relativní váha index 2018, který je uvedený pro každou DRG skupinu v příloze č. x k této vyhlášce

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze

více než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG baze u příslušného poskytovatele

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG baze

méně než 5 % případů ze statisticky významného náhodného vzorku, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG baze u příslušného poskytovatele

$CM_{\text{původní}}$

počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. x k této vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou

$CM_{\text{revidovaný}}$

počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. x k této vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly

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

- 2.1 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, s výjimkou ATC skupiny H01AC01 léčba růstovým hormonem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 a 5.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho

globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 a 5.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do regulačního omezení se nezahrnují léčivé přípravky nebo zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem. Vystaví-li poskytovatel v hodnoceném období alespoň 50 % lékařských předpisů, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, v elektronické podobě, použije se jako hranice pro snížení celkové úhrady podle věty první částka 101 % průměrné úhrady v referenčním období za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 a 5.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

- 2.2 Pokud poskytovatel dosáhne v hodnoceném období průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 a 5.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce vyšší než 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou vyžádané péče poskytnuté stejným poskytovatelem, na jednoho globálního unikátního pojištěnce ošetřeného v odbornostech uvedených v části A) bodu 5.1 až 5.3 a 5.9 přílohy č. 1 k této vyhlášce v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 55 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho globálního unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet globálních unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu globálních unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou globální unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto 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.
- 2.3 Regulační omezení podle bodů 2.1 a 2.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní a revizní lékař zdravotní pojišťovny uzná nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.1 a 2.2.
- 2.4 Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2.1 a 2.2 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.
- 2.5 V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci.