

Akutní péče

# Návrhy úhradových mechanismů pro rok 2018

Dohodovací řízení - návrh ANČR 25.5.2017



2018

## Návrh ANČR vychází z finanční rozvahy o navýšení paušální úhrady

### 1. Finanční rozvaha k navýšení paušální úhrady

Pro zajištění finančních prostředků na zvýšení tarifní složky platu vycházíme s úvahy, při požadavku na navýšení tarifní složky platu o 10% je kalkulován jako postačující meziroční nárůst paušální úhrady ve výši 6,3 %. **Při volbě roku 2016 jako referenčního období pro navýšení paušálu počítáme:**

$$106,3 \% * 106,3 \% = 112,997\% = 113\%$$

Na základě analytických dat výdajů a příjmů systému v.z.p. jsou předpokládány náklady nemocnic bez zohlednění nákladů na **centrovou** péči a se započtením 2 000 Kč měsíční bonifikace hrubé mzdy sester ve směnném provozu, jejichž předpovídaný dopad do systému **v.z.p. činí 2 mld.** Kč ročně, ve **výši 9 193 mil.Kč, viz níže:**

#### Náklady systému v.z.p.na nemocnice bez centrové péče

v mil. Kč

| položka/období                      | 2011   | 2012   | 2013   | 2014    | 2015    | 2016    | odhad 2017 | odhad 2018 | koef 2018/2016<br>(2 roky) |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|------------|------------|----------------------------|
| Náklady v mil. Kč                   | 96 978 | 96 788 | 94 586 | 100 860 | 104 640 | 107 414 | 114 181    | 121 374    |                            |
| Index (k roku 2011, v % )           | 100,0% | 99,8%  | 97,5%  | 104,0%  | 107,9%  | 110,8%  | 117,7%     | 125,2%     |                            |
| Index (k předchozímu roku, v % )    |        | 99,8%  | 97,7%  | 106,6%  | 103,7%  | 102,7%  | 106,3%     | 106,3%     | 112,997%                   |
| absolutní změny                     |        | -190   | -2 202 | 6 274   | 3 780   | 2 774   | 6 767      | 7 193      | 13 960                     |
| s bonifikací sester + 2 000 mil. Kč |        |        |        |         |         |         |            | 9 193      | 15 960                     |

Limity pro centrovou péči navrhuje konstruovat vůči roku 2017, viz kapitola 3.

## 2. Základní změny a záměry pro úhrady v roce 2018 - Akutní péče (nemocnice)

Pro rok 2018 navrhujeme stanovit **referenčním obdobím rok 2016**, vyjma referenčních hodnot pro úhrady léčivých přípravků hrazených dle Zvláštní smlouvy, dále **centrová léčiva**. Pro centrová léčiva navrhujeme referenční **rok 2017**.

Úhradová vyhláška by měla být prorůstová tak, aby procentní navýšení úhrad pokrylo stanovený **růst platových tarifů zaměstnanců nemocnic**, garantovalo prostředky na stabilizační **bonifikaci pro sestry ve směnném provozu ve výši 2 000 Kč měsíčního hrubého platu**.

V roce 2018 navrhujeme finanční ohodnocení kvality a dostupnosti zdravotních služeb, poskytovaných **Věstníkovými centry specializované a superspecializované péče**.

Dále navrhujeme úpravy, které zajistí ohodnocení těch případů hospitalizace, které současný systém mechanismu úhrady případovým paušálem hradí nedostatečně a současně se jedná o **velmi specifickou výjimečně nákladnou péči**.

Navrhujeme změnit definici **referenčního objemu vah v kapitole** úhrada případovým paušálem. Objem vah v hodnoceném období by měl být stanoven na základě **uhrazené péče**. V případě plně neuhrazené nadprodukce je poskytovatel nucen poskytovat objem vyšší, než mu byl v referenci uhrazen.

ANČR navrhuje **zvýšení maximální ceny bodu alespoň na 1,30 Kč**. Návrh má zajistit možnost kalkulovat zdravotní poskytnutou péči **zahraničním pojištěncům** za náklady, ve kterých je zohledněna plná režie, odpisy budov a zvyšování ceny práce zdravotníků.

Navrhujeme zohlednění změny počtu pojištěnců (**KPp- koeficient přechodu pojištěnců**) vůči referenčnímu období jak ve výpočtech úhrad za jednotlivé segmenty, tak ve výpočtech minimálních objemů péče. Výše úhrad by měla záviset jak na přechodu pojištěnců mezi jednotlivými pojišťovnami, tak **na skutečné změně počtu ošetřených pacientů**, "unikátních rodných čísel", v hodnoceném roce vůči referenčnímu, tak aby byl zohledněn skutečný poměr pojištěnců mezi jednotlivými ZP.

### 3. Centrová péče

Referenční hodnoty pro rok 2018 navrhujeme stanovit na základě objemu poskytnuté péče v roce 2017.

Navrhujeme rozdělení úhrad do skupin klinicky i ekonomicky podobných s různými koeficienty nárůstu.

Navrhujeme změnit dikci odst. 2.2.3 : "**V případě, že v hodnoceném období jsou pojištěncům ošetřujícím lékařem indikovány léčivé přípravky nad celkový limit stanovený podle bodů 2.2.1 a 2.2.2 jsou po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny i hrazeny nad celkový limit úhrady.**"

Navrhujeme úhradu málo početných diagnóz u dané pojišťovny neomezovat, ale hradit tyto skupiny výkonově. Návrh se bude týkat skupin, kde v referenčním období nebyl zařazen žádný pacient nebo významně nízký počet.

## Stanovení koeficientů změny objemu péče pro rok 2018 vůči roku 2016

| KOEF 2018/2017 | DG sk                  | Název diagnostické skupiny                         |
|----------------|------------------------|--|
| 1,2            | GAC                    | Gaucherova choroba                                 |
|                | FAC                    | Fabryho choroba                                    |
|                | MV                     | Metabolické vady                                   |
| výkonově       | EO                     | Endokrinní oftalmopatie                            |
|                | DUL                    | Digitální ulcerace u systémové sklerodermie        |
|                | AIO                    | Autoinflatorní onemocnění                          |
|                | PNE                    | CHOPN  |
|                | NAK                    | Narkolepsie s kataplexií                           |
|                | AKR                    | Poruchy růstu- akromegalie                         |
|                | VMT                    | Vitreomakulární trakce                             |
|                | BOL                    | Léčba bolesti                                      |
| výkonově       | HAE                    | Léčba hereditárního angioedému                     |
|                | VIR                    | Antivirotika                                       |
|                | SYK                    | Synagis - kardio                                   |
|                | SYN                    | Synagis - nedonošenci                              |
|                | SYP                    | Synagis - pneumo                                   |
|                | PAH                    | Plicní arteriální hypertenze                       |
| 1,4            | HON                    | Hematoonkologie                                    |
|                | MYK                    | Antimykotika                                       |
|                | HEM                    | Hematologie  |
| 1,2            | HEP                    | Chronická hepatitida C                             |
| 1,3            | RA                     | Revmatoidní artritida                              |
|                | BEC                    | Bechtěrevova choroba                               |
|                | JA                     | Juvenilní artritida                                |
|                | PAR                    | Psoriatická artritida                              |
|                | CRO                    | Cröhnova choroba                                   |
|                | CUL                    | Colitis ulcerosa                                   |
|                | PSO                    | Psoriáza těžká                                     |
|                | AST                    | Asthma   |
|                | RS                     | Roztroušená skleróza                               |
| 1,4            | KOC                    | KOC-NHL  |
|                | MEL                    | Maligní melanom                                    |
|                | NHC                    | Hepatocelulární karcinom                           |
|                | NHK                    | Nádory hlavy a krku                                |
|                | NKO                    | Nádory kolorekta                                   |
|                | NLE                    | Nádory ledvin                                      |
|                | NOV                    | Nádory ovárií                                      |
|                | NPA                    | Pankreatické neuroendokrinní tu                    |
|                | NPL                    | Nádory plic  |
|                | NPR                    | Nádory prsu  |
|                | GIS                    | GIST   |
|                | NUK                    | Nukleární medicína                                 |
|                | NUR                    | nádory z urotelu                                   |
|                | NUR                    | Nádory močového ústrojí                            |
|                | NZA                    | Nádory žaludku                                     |
|                | OSA                    | Osteosarkom  |
| SAR            | Sarkomy měkké tkáně    |  |
| ZNP            | zhoubný nádor prostaty |  |
| 1,2            | DUO                    | Duodopa  |
|                | NEU                    | fokální spasticity                                 |
| není           | DUP                    | Dupuytren. Kontraktura                             |
| 1,4            | OFT                    | Oftalmologie                                       |
|                | CVO                    | Centrální venózní okluze                           |
|                | ODM                    | Oftalmologie - DM                                  |
| 1,3            | NUK                    | Nukleární medicína                                 |
| 1,2            | OPO                    | Osteoporosa  |
| 1,6            | IPF                    | Idiopatická plicní fibróza                         |
|                | RLP                    | registrované off label, bez úhrady, neregistrované |
|                | PD                     | ketocal  |

## 4. Lůžkový segment

**ANČR doporučuje zachovat stávající rozdělení úhrady na péči hrazenou**

- a) individuální složkou úhrady,
- b) úhradu formou případovým paušálem se zohledněním KPP,
- c) úhradu vyčleněnou z úhrady formou případovým paušálem se zohledněním KPP.

### 1) Individuální složka úhrady

Navrhujeme omezení povinnosti poskytovatele přistoupit na balíčkové ceny v případech, kdy pro danou pojišťovnu poskytuje nevýznamný počet DRG skupin, které úhradová vyhláška řadí do ISSSÚ.

#### ***Navrhujeme zařadit do ISSSÚ 2018:***

- i) DRG skupiny, které jsou významně nehomogenní a nejsou tedy vhodné pro úhradu případovým paušálem,
- ii) jejich úhrada by měla být kalkulována jinak než pomocí vah a ZS,
- iii) kalkulace by měla obsahovat seznam zdravotních výkonů a zvláště účtovaných položek, které jsou individuální ceně hrazeny,
- iv) v případě poskytnutí dalších služeb nebo zvláště účtovaných položek v individuální ceně nezahrnutých je Pojišťovna hradí nad úhradu ISSSÚ.

#### ***Námítky ANČR proti stávajícím ISSSÚ:***

DRG skupiny zařazené do ISSSÚ v roce 2017 neodpovídají aktuálním cenám.

Ceny za implantace kardiostimulátorů a defibrilátorů nezohledňují růst osobních nákladů.

Ceny za implantace koronárních stentů nezohledňují skutečný počet implantovaných stentů a další významné zvláště účtované položky.

## ANČR prosazuje do úhradové vyhlášky pro rok 2018 nové povinné položky:

- Endovaskulární léčba hrudní a břišní aorty - při disekci a výduti řešené zavedením stentgraftu.
- Endovaskulární léčba akutních mozkových ischemií a jejich prevenci.
- Epileptochirurgické výkony prováděné v centrech vysoce specializované péče pro farmakorezistentní epilepsie pro dospělé nebo pro dospělé a děti.
- Revidované jednotkové ceny robotické chirurgie s vazbou na reálné náklady

## 5. Navrhujeme úhradu mimořádně nákladných zdravotních služeb

ANČR navrhuje případy neuhrazených globálních outlierů hradit doplatkem do plné úhrady kalkulované na základě vykázané péče. (Tato úhrada se bude zejména týkat nákladné péče o dětské pacienty, hematologickou péči, polytraumata apod.)

## 6. Úhrada formou případovým paušálem se zohledněním KPp

*Pro úhradu formou případovým paušálem navrhujeme níže uvedené změny textu:*

**3. a Uzanou referenční hrazenou službou** s úhradou formou případového dle §2 se rozumí  $CM_{ref\_uzn\_2016}$ , která je definována takto:

$$CM_{ref\_uzn\_2016} = CM_{1,2016,013} + CM_{2016,013,4} + CM_{2016,013,5}$$

kde:

$CM_{ref\_uzn\_2016}$  počet případů hospitalizací ukončených v roce 2016 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2016.

$CM_{1,2016,013}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které **nebyly** ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“), vynásobených indexy 2016.

$CM_{2016,013,4}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2016, které **byly ukončeny** kódem léčení 4.

$CM_{2016,013,5}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2016, které **byly ukončeny** kódem léčení 5.

### 3. b Uhrazenou referenční hrazenou službou s úhradou formou případového dle §2 se rozumí

$CM_{ref\_uhr\_2016}$ , která je definována takto:

$$CM_{ref\_uhr\_2016} = \min(0,99 * CM_{2015,013} * I_{ZP2016}; CM_{IZP,red,2016,013}) + CM_{ref\_uhr\_2016\ ISSSÚ},$$

kde:

$CM_{ref\_uhr\_2016}$  počet případů hospitalizací ukončených v roce 2016 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2016 a současně byly pojišťovnou uhrazeny.

$CM_{2015,13}$  je počet případů hospitalizací ukončených v roce 2015 a zdravotní pojišťovnou uznaných, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce vynásobených indexy 2016.

$I_{ZP\ 2016}$  je hodnota indexu změny produkce roku 2016.

$CM_{IZP,red,2016,013}$  se vypočte takto:

$$CM_{IZP,red,2016,013} = I_{ZP2016} * (CM_{red\ 1} + CM_{red\ 2} + CM_{red\ 3})$$

$CM_{ref\_uhr\_2016\ ISSSÚ}$  je počet případů, které byly v referenčním roce hrazeny ve složce ISSSÚ (P č. 9) a v hodnoceném roce jsou hrazeny ve složce úhrady formou případového paušálu (P č. 10), vynásobených indexy 2016.

### 3. c Referenční uhrazený počet hospitalizací poskytnutých poskytovatelem, vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených formou případového paušálu $PP_{ref\_uhr\_2016}$ se vypočte následovně:

$$PP_{ref\_uhr\_2016} = PP_{ref\_uzn\_2016} * \frac{CM_{ref\_uhr\_2016}}{CM_{ref\_uzn\_2016}} + PP_{ref\_uhr\_2016\ ISSSÚ},$$



kde:

$PP_{ref\_uhr\_2016}$  je počet poskytovatelem vykázaných, zdravotní pojišťovnou uznaných a uhrazených hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{ref\_uzn\_2016}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, a vypočte se takto:

$$PP_{ref\_uzn\_2016} = PP_{1,drg,2016} + PP_{drg,2016,5} + PP_{drg,2016,4}$$

kde:

$PP_{1,2016,013}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které **nebyly ukončeny** kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PP_{2016,013,4}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které **byly ukončeny** kódem ukončení léčení 4.

$PP_{2016,013,5}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které **byly ukončeny** kódem ukončení léčení 5.

**3.d Úhrada formou případového paušálu** zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se ve výši  $CELK_{PU_{drg,2018}}$  podle výrazu:

$$CELK_{PU_{drg,2018}} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red,2018,01X,10}}{K_{ZGUP} * 0,95 * CM_{ref\_uhr\_2016}} \right\} * IPU * I_{ZP} - EM_{2018,10},$$

kde:

$CM_{ref\_uhr\_2016}$  je počet uhrazených případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazené do skupin vztažených k diagnóze

uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2018 uvedenými v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly spočteny dle bodu 3b.

$EM_{2018,10}$  je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, oceněná hodnotami bodu platnými v hodnoceném období včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

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

$K_{ZGUP}$  je index změny počtu globálních pojištěnců, na které byly vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2018, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.

a kde IPU je individuální paušální úhrada vypočtená takto:

$$IPU = 1,13 * K_{ZGUP} * PU_{drg,2016,10} ,$$

kde:

$PU_{drg,2016,10}$  je referenční výše úhrady za poskytovatelem vykázané, zdravotní pojišťovnou uznané a uhrazené 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. Pokud je poskytovatel v průběhu celého hodnoceného období držitelem certifikátu kvality a bezpečí podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, náleží mu pro účely výpočtu IPU zvýšení  $PU_{drg,2016,10}$  jedno procento.  $PU_{drg,2016,10}$  se vypočte následovně:

$$PU_{drg,2016,10} = \max\{CM_{ref\_uhr,2016} * ZS_{min,10} + BON_{CVSP} + BON_{urg}; CELK UHR_{drg,2016}\},$$

kde:

$CELK UHR_{drg,2016}$  je celková úhrada v roce 2016 a se spočte takto:

$$CELK UHR_{drg,2016} = UHR_{ISSÚ,2016} + (CELK\_PU_{drg,2016} + EM_{2016}) * \left(1 - \frac{CM_{2016,013,13,2018}}{CM_{2016,013,10,2016}}\right),$$

kde:

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| CELK_PU <sub>drg,2016</sub> | je celková úhrada případového paušálu v referenčním období.   |
| UHR <sub>ISSÚ,2016</sub>    | je celková úhrada za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby během hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v Příloze č. 10 k této vyhlášce, a které byly v referenčním období uvedeny podle části A, body 2.1.1. písmeno b) Přílohy č. 1 vyhlášky č. 273/2015 Sb.  |
| EM <sub>2016</sub>          | je celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných, zdravotní pojišťovnou uznaných a uhrazených, které byly ukončeny v roce 2016 a které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle přílohy č. 10 oceněny hodnotami bodu, ve kterých je zdravotní pojišťovny uhradily poskytovatelům v roce 2016 včetně nákladů na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. |
| CM <sub>ref_uhr,2016</sub>  | je definována v odst. 3. b  |
| ZS <sub>min,10</sub>        | je minimální (technická) základní sazba, která se stanoví X tis. Kč.  |
| BON <sub>CVSP</sub>         | je suma bonifikačních příprvků, která náleží poskytovatelům zdravotních služeb se statutem centra vysoce specializované péče podle §112 odst. 5 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.  |
|                             | $BON_{CVSP} = \sum_{i=1}^n BON_{CVSP_i}$  |
| kde:                        |   |
| i                           | je i té centrum uvedené v Příloze č. X1   |
| BON <sub>CVSPi</sub>        | je hodnota bonifikace i-tého centra.  |
| BON <sub>urg</sub>          | je bonifikace poskytovatelům se statutem Centra vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé a/nebo poskytovatele se statutem Centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti, která provozují centrální urgentní příjem, jehož součástí jsou expektační lůžka.  |

(ii) CM<sub>red,2018,014,10</sub> se vypočítá následovně:

- a) Pokud je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním nebo hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo 5, menší nebo roven 100 nebo pokud  $PPR_{drg,2017,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2018}$  nebo pokud  $PPR_{drg,2016,4,5} \leq 0,1 * PP_{drg,2016}$

stanoví se redukováný casemix takto:

$$CM_{red,2018,014,10} = \min \left\{ CM_{2018,014,10}; (CM_{2018,014,10})^{0,2} * \left( X * PP_{drg,2018} * \frac{CM_{ref\_uhr\_2016}}{PP_{ref\_uhr\_2016}} \right)^{0,8} \right\}$$

kde:

$X$  nabývá hodnoty 1,05 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle přílohy č. 14 k této vyhlášce větší než 0,01, a hodnoty 1,15 v případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném okrese podle přílohy č. 14 k této vyhlášce menší nebo roven 0,01.

$CM_{2018,014,10}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobený indexy 2018.

$CM_{ref\_uhr\_2016}$  je definována v odst. 3. b

$PP_{drg,2018}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{ref\_uhr\_2016}$  je počet uhrazených poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce spočtený podle 3c.

b) V ostatních případech:

$$CM_{red,2018,014} = CM_{red\ 1} + CM_{red\ 2}$$

kde:

$$CM_{red\ 1} = \min \left\{ CM_{1,2018,014,10}; (CM_{1,2018,014,10})^{0,2} * \left( X * PP_{1,drg,2018} * \frac{CM_{1,ref\_uhr\_2016}}{PP_{1,ref\_uhr\_2016}} \right)^{0,8} \right\}$$

$CM_{1,2018,014,10}$  je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze podle

Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které **nebyly** ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“, vynásobený indexy 2018.

$CM_{1,ref\_uhr\_2016}$  počet případů hospitalizací ukončených v roce 2016 a zdravotní pojišťovnou uznaných a uhrazených, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny přeložením pacienta k poskytovateli následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele (dále jen „kód ukončení léčení 4“) nebo přeložením pacienta k jinému poskytovateli akutní lůžkové péče (dále jen „kód ukončení léčení 5“, vynásobených indexy 2016, se vypočítá takto:

$$CM_{1,ref\_uhr\_2016} = CM_{1,2016,013} * \frac{CM_{ref\_uhr2016}}{CM_{ref\_uzn2016}} + CM_{1,ref\_ISSSÚ\_2016}$$

kde:

$CM_{1,ref\_ISSSÚ\_2016}$  je počet případů, které byly v referenčním roce hrazeny ve složce ISSSÚ (P č. 9) a v hodnoceném roce jsou hrazeny ve složce úhrady formou případového paušálu (P č. 10) a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, vynásobených indexy 2016.

$PP_{1,drg,2018}$  je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztahených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

$PP_{1,ref\_uhr\_2016}$  je počet uhrazených poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztahených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5, který se spočte takto:

$$PP_{1,ref\_uhr\_2016} = PP_{1,2016,013} * \frac{PP_{ref\_uhr2016}}{PP_{ref\_uzn2016}} + PP_{1,ref\_ISSSÚ\_2016},$$

a kde:

$PP_{1,ref\_ISSSÚ\_2016}$

je počet případů, které byly v referenčním roce hrazeny ve složce ISSSÚ (P č. 9) a v hodnoceném roce jsou hrazeny ve složce úhrady formou případového paušálu (P č. 10) a které nebyly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo kódem ukončení léčení 5.

kde:

$$CM_{red\ 2} = CM_{2018,014,10,4,5} * \min \left[ 1; \left( 1,05 * \frac{PPR_{ref\_uhr\_2016,4,5}}{PPR_{drg,2018,4,5}} * \frac{PP_{drg,2018}}{PP_{ref\_uhr\ 2016}} \right) \right],$$

a kde:

$CM_{2018,014,10,4,5}$

je počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce, vynásobených indexy 2018, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo 5.

$PP_{drg,2018}$

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$PP_{ref\_uhr\_2016}$

je počet uhrazených poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce spočteny podle 3c.

$PPR_{drg,2018,4,5}$

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v hodnoceném období zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly ukončeny kódem ukončení léčení 4 nebo 5.

$PPR_{ref\_uhr\_2016,4,5}$

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly kódem ukončení léčení 4 nebo 5 a zdravotní pojišťovna je uhradila. Hodnota se spočte takto:

$$PPR_{ref\_uhr_{2016,4,5}} = PPR_{drg\ 2016,4,5} * \frac{PP_{ref\_uhr\_2016}}{PP_{ref\_uzn\_2016}},$$

kde:

$PPR_{ref\_uhr\_2016\_4\_5}$

je počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v referenčním období do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce, které byly kódem ukončení léčení 4 nebo 5.

(iii)  $I_{ZP}$  je index změny produkce vypočtený takto:

$$I_{ZP} = 1 + I_{ZP1} + I_{ZP2},$$

kde:

$$I_{ZP1} = \left\{ \max \left[ 0; 0,85 * \min \left( \frac{CM_{red,2018,014,10}}{CM_{ref\_uhr\_2016}} - 1; \left( \frac{1}{Y * K_{trh}} * 0,08 \right) \right) * I_{GUP1} \right] \right\},$$

$$I_{ZP2} = \left\{ \max \left[ 0; 0,65 * \min \left( \frac{CM_{red,2018,014,10}}{CM_{ref\_uhr\_2016}} - \left( 1 + \frac{1}{Y * K_{trh}} * 0,08 \right); 0,15 \right) * I_{GUP2} \right] \right\},$$

kde:

$I_{GUP}$  je index změny počtu globálních **hospitalizovaných** unikátních pojištěnců vypočtený jako:

a) Pokud  $\frac{CM_{red,2018,014,10}}{CM_{ref\_uhr\_2016}} \neq 1$ , potom:

$$I_{GUP1} = \max \left[ 0; \min \left( 1; \frac{\left( \frac{GUP_{red\_2018}}{GUP_{ref\_uhr\_2016}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[ \left( \frac{CM_{red,2018,014,10}}{CM_{ref\_uhr\_2016}} - 1 \right); \left( 1 + \frac{1}{(Y * K_{trh})} * 0,08 \right) \right]} \right) \right]$$

$$I_{GUP2} = \max \left[ 0; \min \left( 1; \frac{\left( \frac{GUP_{red\_2018}}{GUP_{ref\_uhr\_2016}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[ \left( \frac{CM_{red,2018,014,10}}{CM_{ref\_uhr\_2016}} - 1 \right); \left[ \left( 1 + \frac{1}{(Y * K_{trh})} * 0,08 \right) + 0,15 \right] \right]} \right) \right]$$

b) Pokud  $\frac{CM_{red,2018,014,10}}{CM_{ref\_uhr\_2016}} = 1$ , potom  $I_{GUP1} = I_{GUP2} = 1$ ,

kde:

$GUP_{red\_2018}$  je regulovaný počet globálních **hospitalizovaných** unikátních pojištěnců, na které byly vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a který se vypočte takto:

$$GUP_{red\_2018} = GUP_{2018} * \frac{CM_{red,018,014,10}}{CM_{2018,014,10}},$$

a kde:

$GUP_{2018}$  je počet globálních **hospitalizovaných** unikátních pojištěnců, na které byly vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce. NEVZTAHUJE SE K  $CM_{red}$ , který se uhradí.

$GUP_{ref\_uhr\_2016}$  je počet globálních **hospitalizovaných** unikátních pojištěnců, na které byly vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané a uhrazené 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 a který se vypočte **takto**:

$$GUP_{ref\_uhr\_2016} = GUP_{ref\_uzn\_2016} * \frac{CM_{ref\_uhr\_2016}}{CM_{ref\_uzn\_2016}} + GUP_{ref\_uhr\_2016\_ISSSÚ},$$

kde:

$GUP_{ref\_uzn\_2016}$  je počet globálních **hospitalizovaných** unikátních pojištěnců, na které byly vykázány 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.

$GUP_{ref\_uhr\_2016\_ISSSÚ}$  je počet globálních **hospitalizovaných** unikátních pojištěnců, na které byly vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v referenčním období ve složce ISSSÚ a které jsou v hodnoceném období zařazeny podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce.



## **7. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případovým paušálem**

***Pro úhradu vyčleněnou z úhrady formou případovým paušálem navrhuje níže uvedené změny textu:***

4.4. Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. 13 k této vyhlášce vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví úhrada ve výši:

$$1,13 * CM_{2018,014,13} * \max\{IZS_{REF2016} ; IZS_{min,13}\} - EM_{2018,13},$$

kde:

$IZS_{REF2016}$  je referenční základní sazba úhrady vyčleněné z úhrady formou případového paušálu

## **8. Bonifikace za péči sester ve směnném provozu**

ANČR navrhuje kalkulovat bonifikační příplatek za práci sester ve směnném provozu na základě počtu vykázaných, zdravotní pojišťovnou uznaných a proplacených ošetřovacích dní. Počet ošetřovacích dní má návaznost jak na počet lůžek a počet sester, tak na skutečnou produkci. V případě kalkulace na základě referenčních hodnot nehrozí neoprávněné navyšování péče. V případě kalkulace dle počtu ošetřovacích dní v hodnoceném období je možné stanovit tempo růstu relativní změny počtu ošetřovacích dní ve vazbě na tempo růstu relativní změny počtu případů. Na základě rozdílných norem počtu ošetřovatelského personálu na dospělých a dětských odděleních navrhuje výši bonifikace 1,5: 1 ve prospěch dětských lůžek. Kalkulace bonifikace by měla zajistit dostatek finančních prostředků na příplatek ve výši 2 000 Kč hrubé mzdy na 1 úvazek sestry ve směnném provozu.

## 9. Ambulantní složka úhrady

### Změny v textu úhrady ambulantní složky v roce 2018

6 a úhrada za poskytovatelem vykázané hrazené služby podle bodu 6. 1. až 6. 10. se stanoví ve výši:

$$\text{Celk Úhr}_{amb2018} = \min\left\{1; \frac{\text{body}_{2018}}{\text{body}_{2016\_uhr}}\right\} * \text{Úhr}_{amb2016} * 1,13 * K_{ZGUP} * I_{zPA},$$

kde:

$\text{Celk Úhr}_{amb2018}$  je celková úhrada formou ambulantního paušálu

$\text{Úhr}_{amb2016}$  je celková výše úhrady poskytovateli za hrazené služby poskytnuté v referenčním období podle bodu 6.1. až 6.10., včetně úhrady za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

$\text{Body}_{2018}$  je celkový počet bodů vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období podle bodu 6.1 až 6.10

$\text{Body}_{2016\_uhr}$  je celkový počet bodů uhrazených zdravotní pojišťovnou v referenčním období podle bodu 6.1 až 6.10

Index změny produkce ambulance -  $I_{zPA}$

$$I_{zPA} = 1 + I_{zPA1} + I_{zPA2}$$

$$I_{zPA1} = \left\{ \max \left[ 0; 0,85 * \min \left( \frac{\text{body}_{2018}}{\text{body}_{2016\_uhr}} - 1; \left( \frac{1}{Y * K_{trh}} * 0,08 \right) * I_{GUPA1} \right) \right] \right\},$$

$$I_{zPA2} = \left\{ \max \left[ 0; 0,65 * \min \left( \frac{\text{body}_{2018}}{\text{body}_{2016\_uhr}} - \left( 1 + \frac{1}{Y * K_{trh}} * 0,08 \right); 0,15 \right) * I_{GUPA2} \right] \right\},$$

kde:

$I_{GUPA}$  je index změny počtu globálních ambulantních unikátních pojištěnců vypočtený jako:

a) Pokud  $\frac{\text{body}_{2018}}{\text{body}_{2016\_uhr}} \neq 1$ , potom:

$$I_{GUPA1} = \max \left[ 0; \min \left( 1; \frac{\left( \frac{GUPA_{2018}}{GUPA_{2016}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[ \left( \frac{BODY_{2018}}{BODY_{2016}} - 1 \right); \left( 1 + \frac{1}{(Y * K_{trh})} * 0,08 \right) \right]} \right) \right]$$

$$I_{GUPA2} = \max \left[ 0; \min \left( 1; \frac{\left( \frac{GUPA_{2018}}{GUPA_{2016}} - 1 \right)}{0,5 * \min \left[ \left( \frac{BODY_{2018}}{BODY_{2016}} - 1 \right); \left[ \left( 1 + \frac{1}{(Y * K_{trh})} * 0,08 \right) + 0,15 \right] \right]} \right) \right]$$

b) Pokud  $\frac{body_{2018}}{body_{2016\_uhr}} = 1$ , potom  $I_{GUPA1} = I_{GUPA2} = 1$ ,

kde:

$GUPA_{2016\_uhr}$  je počet globálních ambulantních unikátních pojištěnců, na které byly vykázány a zdravotní pojišťovnou uhrazené výkony podle odstavce 6. 1. až 6.10., v referenčním období, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a s výjimkou přípravků uvedených v příloze č. 12 k této vyhlášce.

1. ANČR požaduje zachovat **bonifikaci za nepřetržitý provoz ve výši 0,05 Kč za bod**.
2. ANČR navrhuje **zvýšení bonifikace** poskytovatelů lůžkové péče (Příloha č. 1), kteří splňují osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo Osvědčení o auditu II NASKL **v hodnoceném období o 10%** z hodnoty roku 2017 se zaokrouhlením na setiny koruny. Důvodem je jak úhrada nákladů spojených s akreditací, které současné hodnoty bodů dostatečně nezohledňují, tak snaha o zajištění prostředků na navýšení platů. Návrh je alternativou k požadavku na zvýšení bodové hodnoty práce nositelů výkonu.

## **10. Příloha č. 12 - seznam ZULP hrazených mimo IPU a ambulantní paušál**

ANČR navrhuje doplnění seznamu o LP:

- i) Eculizumab - Soliris ATC L04AA25,
- ii) Ivacaftor - Kalydeco ATC R07AX02,
- iii) LP ATC J02 - Antimykotika pro léčbu systémových mykóz ,
- iv) LP Praxbind (antidotum Pradaxy),
- v) IVIG u polyneuropatií,

- vi) LP Gliolan (vizualizace maligní tkáně během operace maligního gliomu),
- vii) doplnění transfuzních přípravků stejné povahy, používané ve stejných indikacích (Kryoprotein, Plazma)
- viii) Jakavi
- ix) Zydelig
- x) Inclusig
- xi) Imbruvica
- xii) Kyprolis
- xiii) Darzalex

## **11. Příloha č. C ZUM**

ANČR navrhuje vytvoření seznamu zvlášť účtovaných materiálů, které nejsou kalkulovány v současných vahách DRG skupin.

Plátcí by měli tyto ZUM zohlednit v úhradách:

Současné návrhy:

- i. individuální ortopedické kostní implantáty při léčbě tumorózních TEP
- ii. endobronchiální chlopně
- iii. Stentgrafty

## **12. Stomatologická ošetření na klinických pracovištích fakultních nemocnic**

- iv. Navrhujeme Výkon 00903 hradit na klinických pracovištích s vyšší frekvencí resp. neomezeně za **každých 20 minut výkonu.**
- v. Navrhujeme u výkonu 00922 hradit klinickým pracovištím dvojnásobnou úhradu proti úhradě v Příloze č. 11.
- vi. Navrhujeme u výkonu 00949 hradit klinickým pracovištím dvojnásobnou úhradu proti úhradě v Příloze č. 11.
- vii. U výkonu 00968 navrhujeme vyjmout omezení "*kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb*".

V Praze dne: 24. 5. 2017