

Příloha č.1

Návrh SZP ČR na úhradu pro poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost na rok 2018 Přípravná fáze

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:

a) 54 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,

50 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,

48 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),

50 Kč pro ostatní poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, navýší se kapitační sazba podle písm. a) až c) o 0,50 Kč,

Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 9 a indexů podle bodu 9.

1. Poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, který do 31. 3. 2018 předloží zdravotní pojišťovně za hodnocené období potvrzení poskytovatele, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, že se prostřednictvím praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost, kteří u něj působí jako nositelé výkonů odbornosti 001 nebo 002, účastnil alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se zvýší roční úhrada o $K \times 35\,000$ Kč,

kde:

koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba:

Koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji

kraj / ZP	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV
Hlavní město Praha						
Jihočeský						
Jihomoravský						
Karlovarský						
Kraj Vysočina						
Královehradecký						
Liberecký						
Moravskoslezský						
Olomoucký						
Pardubický						
Plzeňský						
Středočeský						
Ústecký						
Zlínský						

2. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM

09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002, podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST - DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX - VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX - ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX - LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX - EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX - KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX - APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM

09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

4. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby, výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
5. Pro výkony č. 01021 a 01022 a výkony očkování č. 02100, 02105, 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,14 Kč.
6. Pro výkony č. 02021, 02022, 02031, 02032 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,14 Kč.
7. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
8. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let:

Věková skupina	Index
0 – 4 roky	3,97
5 – 9 let	1,80
10 – 14 let	1,35
15 – 19 let	1,00
20 – 24 let	0,90
25 – 29 let	0,95
30 – 34 let	1,00
35 – 39 let	1,05
40 – 44 let	1,05
45 – 49 let	1,10
50 – 54 let	1,35
55 – 59 let	1,45
60 – 64 let	1,50
65 – 69 let	1,70
70 – 74 let	2,00
75 – 79 let	2,40
80 – 84 let	2,90
85 a více let	3,40

9. Celková výše úhrady bude při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a Poskytovatelem navýšena při zapojení Poskytovatele do systému sledování kvality péče a o chronicky nemocné registrované pojištěnce a jejich dispenzarizace.
10. V místech, kde je možnost zdravotní pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost svým pojištěncům podstatně omezená a kde bylo na tyto služby ze strany zdravotních pojišťoven nejméně jednou neúspěšně vyhlášeno konání výběrového řízení, zdravotní pojišťovna poskytovateli, s kterým uzavřela v roce 2018 smlouvu o poskytování

hrazených služeb v daném místě, navýší celkovou výši úhrady za hrazené služby podle části A této přílohy pomocí koeficientu navýšení ve výši 1,3.

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle části A bodu 1 a 2. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru praktické lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců, a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona; celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců.

2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto poskytovatelem.

3. Pro úhradu výkonů podle seznamu výkonů se body 5 až 9 části A použijí obdobně.

B) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč; pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

D) Regulační omezení pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství

1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek skupiny 2 – Pomůcky pro inkontinentní, uvedených v oddíle C přílohy č. 3 zákona (dále jen „pomůcky pro inkontinentní“) předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2018 a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převýší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2018, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Pokud poskytovatel doloží, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců, použijí se regulační omezení podle věty první přiměřeně. 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 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2018.

1.2. Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převyší 110 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní v roce 2018 a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem v roce 2018, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 50 % z tohoto překročení.

1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2018 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, s výjimkou výkonů mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděných poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenou smlouvu, v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů v roce 2018, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.

1.4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů vypočtených podle skutečných celostátních nákladů v hodnoceném období, převyší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v hodnoceném období převyší 100 % celkové úhrady za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 30 % z překročení.

2. Regulační omezení podle bodů 1.1 až 1.4 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1.1 až 1.4.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní nepřevyší předpokládanou výši úhrad na příslušný druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní v roce 2018 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených

služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2018 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodů 1.1 až 1.4 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v roce 2018 registroval 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 až 1.4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2018.

D) Regulační omezení pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádané hrazené služby včetně zvlášť účtovaných materiálů a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (tj. úhrada za vyžádanou péči ve fyzioterapii a ve vyjmenovaných odbornostech a výkony č. 02230 a 01443, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou); do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu:

1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané poskytovatelem vztahovaná na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní vztahovaná na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztahovaná na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči v odbornosti 902, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

1.4. Pokud průměrná úhrada za pomůcky pro inkontinentní předepsané poskytovatelem vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle věkových indexů stanovených podle skutečných celorepublikových nákladů v roce 2018 převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za pomůcky pro inkontinentní je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.

2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.

3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2018 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018, vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužije, pokud poskytovatel v roce 2018 registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

8. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za rok 2018 nepřekročí komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny roku 2018.

9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitační platbu a výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2018.

