

Příloha č.2

Návrh VZP ČR na úhradu hrazených služeb včetně regulačních omezení v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost na rok 2018

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 podle věty první se stanoví ve výši:
 - a) **54 Kč** pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
 - b) **50 Kč** pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství, kteří poskytují hrazené zdravotní služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin. Pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,
 - c) **48 Kč** pro ostatní poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství,
 - a) **50 Kč** pro ostatní poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktického lékařství pro děti a dorost,
 - b) v případě, že poskytovatel v oboru všeobecného praktického lékařství provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu zdravotních 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.
 - c) počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 8, násobených indexem podle bodu 8,
 - d) výše základní kapitační sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.
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 BÉRICOVÉHO 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 ZPUSOBY 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 zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojišťovny příslušné zdravotní pojišťovny a za pojišťovny z EU, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.
5. Pro výkony č. 01021, 01022, 02100, 02105, 02125 a 02130 vykázané poskytovatelem v odbornosti 001 a zdravotní pojišťovnou uznané se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.
6. Pro výkony č. 02021, 02022, 02031, 02032, 02100, 02105, 02125 a 02130 vykázané poskytovatelem v odbornosti 002 a zdravotní pojišťovnou uznané 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. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojišťovny v dané věkové skupině vůči nákladům na pojišťovny 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. V místech, kde je možnost zdravotní pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost svým pojištěncům podstatně omezená a kde bylo na tyto služby ze strany zdravotní pojišťovny nejméně jednou neúspěšně vyhlášeno konání výběrového řízení, zdravotní pojišťovna poskytovateli, se kterým uzavřela v roce 2018 smlouvu o poskytování hrazených služeb v daném místě, navýší celkovou výši úhrady za hrazené služby podle části A pomocí koeficientu navýšení (KN) ve sjednané výši, nejvýše však ve výši 1,3.

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle písmene A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy poskytovatel v oboru všeobecného praktického lékařství nebo poskytovatel v oboru praktického lékařství pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takových hrazených služeb je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.
2. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u 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 písm. A) body 4 až 8 použijí obdobně.

C) Hrazené služby podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby 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) Úhrada za vyžádané laboratorní výkony

1. U poskytovatelů uvedených v části A) až C) 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 $PUROlab_{ref} = (1,3 \times ZSlab \text{ a více})$

$$LAB\acute{U} = \min \{ [POPlab_{ho} \times (ZSlab + (PUOlab_{ref} - ZSlab) \times 0,85)]; [POPlab_{ref} \times PUOlab_{ref}] \}$$

kde:

PUOlab_{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 je stanovena pro odbornost 001 ve výši 608 Kč a pro odbornost 002 ve výši 712 Kč,**

POPlab_{ho} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v hodnoceném období indikováno laboratorní vyšetření,

PUOlab_{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,

POPlab_{ref} je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti, u kterých bylo v referenčním období poskytovatelem indikováno laboratorní vyšetření.

2. 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 za vyžádané laboratorní výkony v dané odbornosti hodnoty základní sazby uvedené pro danou odbornost.

3. Měsíční předběžná úhrada za výkony vyžádané laboratorní péče (PMÚlab) se poskytne poskytovateli ve výši:

když $PUOlab_{ref} \leq ZSlab$

$$PM\acute{U}lab = 1,03 \times POPlab_{ref} \times PUOlab_{ref}$$

když $PUOlab_{ref} > ZSlab$

$$PM\acute{U}lab = POPlab_{ref} \times [(ZSlab + (PUOlab_{ref} - ZSlab) \times 0,90)]$$

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.

E) Regulační omezení pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického 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 roce 2018, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou pomůcek pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem v roce 2018 převýší 100 % celkové úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem v roce 2017, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2018 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 byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců, použijí se regulační omezení podle věty první přiměřeně.
- 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 roce 2018, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za pomůcky pro inkontinentní v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za pomůcky pro inkontinentní, předepsané Poskytovatelem v roce 2018 převýší 100 % celkové úhrady za pomůcky pro inkontinentní předepsané Poskytovatelem v roce 2017, je Pojišťovna oprávněna snížit Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2018 za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 25 % z tohoto překročení.
- 1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810, a za výkony č. 02230(CRP) a 01443(INR), podle seznamu výkonů, popř. i jiné výkony rychlé diagnostiky, 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 roce 2018, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči

v odbornostech 809 a 810 a za výkony č. 02230 a 01443 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, v roce 2018 převýší 100 % celkové úhrady za vyžádanou péči v roce 2017, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2018 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 roce 2018, převýší 120 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017 a zároveň pokud celková úhrada za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2018 převýší 100 % celkové úhrady za poskytovatelem vyžádanou péči v odbornosti 902 v roce 2017, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu přepočtených pojištěnců v roce 2018 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 nepřevýší 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 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 nepoužije, 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.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, 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.
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 kapitální platbu a výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2018.

F) Regulační omezení pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktického 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, 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 vztažené 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 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 vztažená 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 v odbornostech 809 a 810, podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230 a 01443, popř. i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená 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 převyší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči v odbornosti 902, 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 nepřevyší 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 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 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 se nepoužije, pokud poskytovatel v roce 2018 registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny, nebo jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
7. 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.

F) 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.