

Příloha č.3

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

K jednání přípravné DŘ na 24.5.2017

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) 56 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) 51 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 to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně,
 - a) 49 Kč pro ostatní poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství,
 - b) 51 Kč pro ostatní poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktického lékařství pro děti a dorost,
 - c) počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 9, násobených indexem podle bodu 9,
 - d) v případě, že poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkonu 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,
 - e) výše základní kapitační sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být ještě dále navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

1. 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

2. 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

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Pro výkon 09543 se stanoví úhrada ve výši 30 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 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. 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.

10. Poskytovateli v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost, který do 31. 3. 2019 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:

Kraj / ZP	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV
Hlavní město Praha	0,6	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1
Jihočeský	0,6	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2
Jihomoravský	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2
Karlovarský	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Kraj Vysočina	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Královehradecký	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2
Liberecký	0,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Moravskoslezský	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Olomoucký	0,4	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1
Pardubický	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Plzeňský	0,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2
Středočeský	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ústecký	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Zlínský	0,6	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapítace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapítace se stanoví podle písmene A) bodu 1. Dorovnání kapítace 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 7 použijí obdobně.

B) 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) Regulační omezení

1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádané hrazené služby včetně ZUM, ZULP (tj. úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 – dále jen „vyjmenované odbornosti“, výkony CRP a INR, popřípadě i jiné výkony rychlé diagnostiky, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, a fyzioterapii (odbornost 902); do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní 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 předepsané poskytovatelem vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce dle 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 ve vyjmenovaných odbornostech, podle seznamu výkonů, a za výkony CRP (02230) a INR (01443) 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 30 % 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 30 % 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 předepsané praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2018 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 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. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud komplexní náklady registrované klientely konkrétního poskytovatele za rok 2018 nepřekročí komplexní náklady registrované klientely roku 2017.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2018.