

Příloha č. 1

Návrh VZP ČR na úhradu pro poskytovatele hemodialyzační péče rok 2018

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony ve výši hodnoty bodu (HB):

- a) Pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,91 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,76 Kč.
- b) Referenčním obdobím je rok 2016, hodnoceným obdobím rok 2018

2. Poskytovatelům hemodialyzační péče bude celková úhrada za vyžádané laboratorní výkony (LABÚ) stanovena pro danou odbornost takto:

když $PUOlab_{ref} \leq ZSlab$

$$LABÚ = \min \{ POPlab_{ho} \times \min [ZSlab; (PUOlab_{ref} \times 1,03)]; [POPlab_{ref} \times PUOlab_{ref} \times 1,03] \}$$

když $PUOlab_{ref} = (ZSlab; 1,3 \times ZSlab >$

$$LABÚ = \min \{ [POPlab_{ho} \times (ZSlab + (PUOlab_{ref} - ZSlab) \times 0,90)]; [POPlab_{ref} \times PUOlab_{ref}] \}$$

když $PUOlab_{ref} = (1,3 \times ZSlab \text{ a více} >$

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

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 za jednotlivé odbornosti jsou uvedeny v Příloze č. xx k této vyhlášce,

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

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

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

když $PUOlab_{ref} \leq ZSlab$

$$PMÚlab = 1,03 \times POPlab_{ref} \times PUROlab_{ref}$$

když $PUROlab_{ref} > ZSlab$

$$PMÚlab = POPlab_{ref} \times [(ZSlab + (PUROlab_{ref} - ZSlab) \times 0,90)]$$

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.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2018 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
 - (i) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
 - (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - (iii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v bodě 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513.
4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné

úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí.
7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 809 a 810 v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních

pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

14. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
15. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

C) 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.