

348/2016 Sb.

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotnictví

ze dne 19. října 2016

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 200/2015 Sb.:

§ 1

Tato vyhláška stanoví pro rok 2017 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen "zákon") a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení 1) a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb 2), (dále jen "zahraniční pojištěnec") a regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 19, poskytované těmito smluvními poskytovateli zdravotních služeb (dále jen "poskytovatel"):

- a) poskytovateli lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče podle § 22a zákona,
- b) poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
- c) poskytovateli specializované ambulantní péče, poskytovateli hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 905, 919 a 927 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 3) (dále jen "seznam výkonů"),
- d) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů,
- e) poskytovateli v oboru zubního lékařství,
- f) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen "vyjmenovaná odbornost"),
- g) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů,
- h) poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů,
- i) poskytovateli zdravotnické záchranné služby, poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče, poskytovateli zdravotnické dopravní služby, poskytovateli lékařské pohotovostní služby a poskytovateli pohotovostní služby v oboru zubní lékařství,
- j) poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravovnamí a
- k) poskytovateli lékárenské péče.

1) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.

2) Například sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 2/2007 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Republikou Makedonie o sociálním zabezpečení.

3) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely této vyhlášky rok 2015.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely této vyhlášky rok 2017.

(3) Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2015, poskytovatelem vykázané do 31. března 2016 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2016. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2017, poskytovatelem vykázané do 31. března 2018 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2018.

(4) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem v konkrétní odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních zdravotních služeb nebo zdravotních služeb vyžádaných, pokud není dále stanoveno jinak. Pokud byl tento pojištěnec poskytovatelem v konkrétní odbornosti ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počet unikátních pojištěnců spočte jako součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

(5) Globálním unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem lůžkové péče v libovolné odbornosti v rámci vlastních či vyžádaných zdravotních služeb v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, pokud není dále stanoveno jinak. Pokud byl tento pojištěnec poskytovatelem, bez ohledu na to, v které odbornosti, ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu globálních unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených u daného poskytovatele pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počet globálních unikátních pojištěnců spočte jako součet globálních unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu globálních unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

(6) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za zdravotní výkony (dále jen "výkon") za referenční období podle příloh č. 5 a 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1. lednu 2017, do nichž nejsou započítány body za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

(7) Pokud dojde v hodnoceném období ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

§ 3

V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se stanoví úhrada ve stejné výši jako v případě českých pojištěnců.

§ 4

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se

hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12, 13 a 14 k této vyhlášce.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) a e) zákona a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, hrazené paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 5

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost hrazené kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 6

Pro specializovanou ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní péče hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

§ 7

Pro ambulantní péči poskytovanou poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.

§ 8

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.

(2) Výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli v oboru zubní lékařství nehrazených podle odstavce 1 a příslušná regulační omezení se stanoví v příloze č. 11 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovna omezí výši úhrady poskytovatelům v oboru zubní lékařství tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství v roce 2017 nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tyto hrazené služby, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu neodkladné péče oproti roku 2015, zdravotní pojišťovna tento větší objem uhradí.

§ 9

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče ve vyjmenovaných odbornostech hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

§ 10

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 11

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 12

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,13 Kč, s výjimkou nasmlouvaných přepravních kódů podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2016.

(2) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč, s výjimkou nasmlouvaných přepravních kódů podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč, a s výjimkou výkonu č. 06714 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 06714 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí limit úhrady za tyto výkony v roce 2016.

§ 13

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb stanoví v příloze č. 8 k této vyhlášce.

§ 14

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.

§ 15

(1) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 104 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2016. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2016 sjednána k 31. prosinci 2016, stanoví se úhrada ve výši 1 092 Kč. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče.

(2) Pro komplexní lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 104 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2016. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2016 sjednána k 31. prosinci 2016, stanoví se úhrada ve výši 1 404 Kč. Úhrada za ubytování a stravu průvodce pojištěnce se stanoví ve stejné výši jako úhrada za tyto složky u pojištěnců, kterým je poskytována komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče.

(3) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 104 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2016. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2016 sjednána k 31. prosinci 2016, stanoví se úhrada ve výši 395 Kč.

(4) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost do 18 let poskytovanou ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 104 % smluvně sjednané úhrady za jeden den pobytu na rok 2016. Nebyla-li úhrada za jeden den pobytu na rok 2016 sjednána k 31. prosinci 2016, stanoví se úhrada ve výši 499 Kč.

(5) Pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči se stanoví úhrada 30 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů. Tento výkon může být pojišťovně vykázán maximálně třikrát během jednoho léčebného pobytu pojištěnce.

(6) Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 839 Kč.

§ 16

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v roce 2014, vykázanych zdravotní pojišťovně v roce 2014.

(2) U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2014.

(3) Úhrada podle odstavců 1 a 2 se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

(4) Ustanovení podle odstavců 1 a 2 se nevztahují na poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče při poskytování příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče.

§ 17

(1) Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09552 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 13 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09552 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třináctinásobku počtu receptů v roce 2014, na jejichž základě byl vydán léčivý přípravek částečně nebo plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

(2) U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna počty receptů srovnatelných poskytovatelů v roce 2014.

§ 18

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené podle části A bodů 2.1.1, 3.5, 4 a 6 přílohy č. 1 k této vyhlášce.

§ 19

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli v odbornosti 005 - nemocniční lékárenství hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 1 Kč.

§ 20

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2017.

Ministr:
MUDr. Němeček, MBA, v. r.

Přílohy č. 1 - 14