

## **O d ů v o d n ě n í**

### **I. OBECNÁ ČÁST**

Podle schváleného Plánu přípravy vyhlášek na rok 2015 se k tomuto materiálu nezpracovává hodnocení dopadů regulace (RIA).

#### **A. NAVRHOVANÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA**

##### **1. Důvod předložení a cíle**

###### **1.1. Název**

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016.

###### **1.2. Definice problému**

Na základě zmocnění obsaženého v § 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. (dále jen „zákon“) vydává Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (dále jen „vyhláška“) vždy pro následující kalendářní rok. Návrh této vyhlášky vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů (dále jen „dohodovací řízení“).

Obsah uvedené vyhlášky je ovlivněn skutečností, zda v příslušném dohodovacím řízení dojde či nedojde mezi jeho účastníky k dohodě o parametrech úhradových mechanismů na následující kalendářní rok. V případě dohody (za předpokladu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) ji ministerstvo zapracuje do návrhu vyhlášky, v případě nedohody pak hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení stanoví samo. Rozhodujícím faktorem při stanovení úhradových parametrů je odpovědnost ministerstva za respektování veřejného zájmu na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je tento zájem definován v ustanovení § 17 odst. 2 zákona.

Dohodovací řízení ke stanovení hodnot bodu, výše úhrad a regulačních omezení na rok 2016 probíhalo v období od 1. dubna 2015 do 19. srpna 2015. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě v následujících z 11 segmentů zdravotních služeb: v segmentu ambulantní gynekologie, v segmentu laboratorního komplementu,

v segmentu zdravotnické dopravní služby, v segmentu zdravotnické záchranné služby a k parciálním dohodám v segmentu praktických lékařů (praktičtí lékaři pro děti a dorost) a v segmentu ambulantních specialistů (hemodialýza).

V návaznosti na tento výsledek ministerstvo předkládá návrh vyhlášky, u níž je nutno konstatovat, že se podle § 17 odst. 5 zákona tato vyhláška použije pouze tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Nečinnost ministerstva nepřipadá v tomto případě v úvahu, neboť by šlo o nenaplnění zákonné povinnosti, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2016 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

### 1.3. Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015, vydaná v prosinci 2014. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2015 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 a aby předpokládané výdaje systému nepřevýšily předpokládané příjmy.

Kromě zákona č. 48/1997 Sb. a samotné vyhlášky č. 324/2014 Sb. je oblast úhrad, hodnot bodu a regulačních omezení ovlivněna vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, která definuje jednotlivé odbornosti a jejich výkony.

Dále je tato oblast dotčena výsledky rozhodovací činnosti Ústavního soudu, a to:

Nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11, vyhlášeným ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb., kterým se ruší regulační poplatek za lůžkovou péči uplynutím dne 31. prosince 2013.

Nálezem Ústavního soudu (Pl. ÚS 19/13), který shledal neústavními dílčí aspekty úhradové vyhlášky pro rok 2013.

### 1.4. Identifikace dotčených subjektů

Vyhláškou dotčenými subjekty jsou účastníci systému veřejného zdravotního pojištění, tj. zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“). Zprostředkovaně jsou vyhláškou dotčeni i pojištěnci všech zdravotních pojišťoven, kterým jsou služby poskytovány.

### 1.5. Podstata navrhované právní úpravy

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení, která reflektují následující skutečnosti:

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (ZZP) plánují ke konci roku 2015 zůstatky na základním fondu v celkové výši 6 miliardy Kč. Všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají naplněny rezervní fondy.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) plánuje ke konci roku zůstatek na základním fondu v celkové výši 0,6 miliard Kč. V roce 2015 VZP plánuje naplnit rezervní fond do výše 1 miliardy. V průběhu roku 2016 splatí VZP 0,5 mld. Kč z poskytnuté návratné finanční výpomoci.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) ZZP během roku 2016 se odhadují na 101,6 miliardy Kč. Disponibilní zdroje základního fondu ZZP v roce 2016 se odhadují na 98,6 mld. Kč.

Příjmy z přerozdělení pojistného VZP během roku 2016 se odhadují na 156,7 mld. Kč. Disponibilní zdroje základního fondu VZP v roce 2016 se odhadují na 152,7 mld. Kč. Pokud by VZP naplnila v roce 2016 rezervní fond, disponibilní zdroje základního fondu by se snížily na 151,6 mld. Kč.

Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2016 se tudíž odhadují na 258,3 mld. Kč a disponibilní zdroje základního fondu zdravotního pojištění na 251,3 mld. Kč.

Oproti roku 2015 se tak očekává zvýšení disponibilních zdrojů pro úhradu zdravotních služeb o 10,2 miliard Kč (9,7 miliard pokud VZP naplní rezervní fond do výše 1,5 miliard Kč). Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2016, která počítá s nárůstem mezd o 4 % a zaměstnanosti o 0,2 % a dále bere v úvahu zvýšení platby za státní pojištěnce a další možné příjmy.

Poskytovatelům zdravotních služeb budou i nadále kompenzovány zrušené regulační poplatky, a to do výše skutečně vybraných poplatků v roce 2014, tj. 1,5 mld. Kč za klinická vyšetření a 0,7 mld. Kč za výdej léků na recept.

#### 1.6. Zhodnocení rizika

Nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení by znamenalo porušení povinnosti uvedené pro Ministerstvo zdravotnictví, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2016 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Rovněž jejím vydáním dojde k zamezení případného rizika žalob (viz závěry z relevantních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2012, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010), vyplývajících ze situace, kdy by nebylo možno jednoznačně určit podle jakých parametrů počítat výše úhrady.

## **2. Implementace a vynucování**

Za implementaci regulace budou odpovídat zdravotní pojišťovny, jako subjekty provádějící v ČR veřejné zdravotní pojištění. V daném případě půjde o činnosti, které jsou zdravotními

pojišťovnami již prováděny. Přezkum účinnosti navržených legislativních opatření provádí Ministerstvo zdravotnictví v rámci své kontrolní činnosti, v součinnosti s Ministerstvem financí, popř. prostřednictvím zástupců státu ve statutárních orgánech zdravotních pojišťoven.

### **3. Přezkum účinnosti regulace**

Správnost uplatňování navržené právní úpravy nebude – a z definice nemůže být – průběžně sledována. Vyhláška, jejíž návrh je předkládán, se použije pouze tehdy, pokud se příslušný poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna, za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny, nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Jakékoliv její neuplatňování v praxi je tudíž výsledkem předpokladu cíleně vytvořeným zákonem. Bude se však sledovat, jaký vliv má daná regulace na systém a jednotlivé dotčené subjekty.

### **4. Konzultace a zdroje dat**

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení podle § 17 odst. 5 zákona mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů. Z jednání tohoto dohodovacího řízení vyplynuly představy jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven o řešení dané problematiky, které ministerstvo posoudilo z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a navrhlo řešení. Vyhláška proto v mnohém reflektuje připomínky poskytovatelů ohledně technických detailů úhrad, které dále precizuje.

Ministerstvo zdravotnictví si průběžně vytváří modelace příjmů celého systému veřejného zdravotního pojištění na základě údajů Ministerstva financí, dále získává čtvrtletně informace o hospodaření zdravotních pojišťoven. Dalším tradičním podkladem jsou údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Stejně jako vloni, byly tento rok zdravotní pojišťovny vyzvány k poskytnutí údajů o objemu a struktuře úhrad poskytovatelům lůžkové péče podle jednotné metodiky.

### **5. Kontakt na zpracovatele**

Osoba, která zpracovala důvodovou zprávu:

Ing. Jan Michálek, vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění  
([jan.michalek@mzcr.cz](mailto:jan.michalek@mzcr.cz))

Mgr. Tomáš Troch, referent oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění  
([tomas.troch@mzcr.cz](mailto:tomas.troch@mzcr.cz))

Mgr. Pavlína Žilová, referentka oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění  
([pavlina.zilova@mzcr.cz](mailto:pavlina.zilova@mzcr.cz))

Ing. Hana Kovaříková, referentka oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění  
([hana.kovarikova@mzcr.cz](mailto:hana.kovarikova@mzcr.cz))

Osoba, která zprávu schválila:

Ing. Helena Rögnerová, ředitelka odboru dohledu nad zdravotním pojištěním

## B. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY SE ZÁKONEM, S MEZINÁRODNÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EVROPSKÉ UNIE

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, k jehož provedení je navržena, a se zákonným zmocněním k jejímu vydání (§ 17 odst. 5). Předkládaný návrh novely vyhlášky je plně v souladu s ústavním pořádkem ČR.

Navrhovaná právní úprava není v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána. Obsah předkládaného návrhu není předmětem žádné mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána. Návrhem vyhlášky není do právního řádu České republiky implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

## C. PŘEDPOKLÁDANÝ HOSPODÁŘSKÝ A FINANČNÍ DOPAD NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

V segmentu ambulantní péče předpokládáme nárůst nákladů přibližně o 1,4 mld. Kč, který je způsobený převážně přirozeným růstem segmentu a nárůstem objemu péče, který je ovlivněn zrušením regulačních poplatků za klinické vyšetření.

V segmentu lůžkové péče předpokládáme nárůst nákladů téměř o 5 mld. Kč. Z toho 1 mld. Kč náleží přirozenému růstu léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění a zbylé 4 mld. Kč připadají na nárůst úhrad poskytovatelům zdravotních služeb, který bude kompenzovat očekávané navýšení platů a zároveň pokryje nárůst produkce u převážně specializovaných pracovišť.

Poslední významnou položkou je růst nákladů za léky na recept, kde se předpokládá nárůst cca. 2,1 mld. Kč způsobený primárně zaváděním nových léčiv na trh a vyčerpáním potenciálu úspor.

Celkový nárůst nákladů za všechny segmenty činí přibližně 9 mld. Kč. Dopady jsou modelovány na základě produkčních a úhradových dat za rok 2014 od zdravotních pojišťoven, pololetních ukazatelů za rok 2015 a zdravotně pojistných plánů pro rok 2015.

Na příjmové stránce se očekává růst výběru pojistného o 3,7 %, způsobený predikovaným růstem mezd o 4 %, zaměstnanosti o 0,2 % a zvýšením platby za státní pojištěnce na 870 Kč. Zároveň se počítá s vrácením půjčky VZP a naplněním rezervního fondu této pojišťovny do výše 1,5 mld. Kč. Celkový růst disponibilní zdrojů systému oproti roku 2015 se následně odhaduje na 9,7 mld. Kč, což je o 0,7 mld. Kč více než očekávaný růst nákladů.

		VZP	ZZP	Celkem	Rozdíl oproti 2015
1.	Celkem na zdravotní péči	151 548 999	98 807 664	250 345 269	9 015 379
1.1.	na ambulantní péči	36 979 339	29 084 793	66 064 132	1 396 937
1.2.	na lůžkovou péči	82 532 304	49 463 561	131 995 865	4 945 732
1.2.1.	z toho zdravotní služby v centrech vysoce specializované péče	7 708 705	4 729 752	12 440 521	921 520
1.3.	na léky na recept	21 902 271	14 354 159	36 245 036	2 051 606
1.4.	ostatní	10 135 085	5 905 151	16 040 236	621 104

#### D. ZHODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU A DOPADŮ NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ VE VZTAHU K ZÁKAZU DISKRIMINACE

V souvislosti s předloženým návrhem se nepředpokládají dopady v oblasti zákazu diskriminace.

#### E. DOPAD NA ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ A SOCIÁLNÍ DOPADY NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

Navrhovaná novela nebude mít dopad na životní prostředí ani sociální dopady.

#### F. ZHODNOCENÍ DOPADŮ NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ VE VZTAHU K OCHRANĚ SOUKROMÍ A OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Návrh neupravuje oblast ochrany soukromí a nakládání s osobními údaji. Navrhované změny se nijak nedotknou ochrany osobních údajů dotčených subjektů. Nijak dotčeny nejsou ani děti do 18 let, které jsou při poskytování zdravotních služeb povinny se prokazovat (samy nebo prostřednictvím zákonného zástupce) průkazem pojištěnce, jak vyplývá z obecné úpravy v ustanovení § 12 písm. h) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

#### G. ZHODNOCENÍ KORUPČNÍCH RIZIK NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ

Nepředpokládá se zvýšení korupčních rizik, neboť navrhovaná právní úprava do této oblasti nezasahuje.

## II. ZVLÁŠTNÍ ČÁST

Předkládaný návrh vyhlášky stanoví hodnotu bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro jednotlivé segmenty.

Ve vyhlášce se objevuje několik principů, které se uplatňují ve všech relevantních částech vyhlášky. Pro přehlednost je uvádíme zvlášť, abychom předešli nutnosti je opakovat pro každý segment znovu.

### Regulační omezení

Pro některé odbornosti je dán limit na úhradu preskripce léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, na úhradu vyžádané péče, a na úhradu zvlášť účtovaných položek. Tento limit je dán průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období. Při překročení definovaného limitu uplatní pojišťovna regulační omezení až do určité maximální výše (obvykle do výše 40 % z tohoto překročení). Výše regulačního omezení je přesně dána, a to progresivně ve vztahu k míře překročení. Za každé započaté 0,5 % překročení sníží pojišťovna poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období.

Pro přesnost uvádíme hypotetický příklad výpočtu regulačního omezení: V referenčním období činila průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky 1000 Kč na jednoho unikátního pojištěnce při celkovém počtu 100 unikátních pojištěnců. V hodnoceném období činí průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky 1050 Kč na jednoho unikátního pojištěnce při celkovém počtu 100 unikátních pojištěnců. Míra překročení činí 5%. Pojišťovna uplatní regulační omezení ve výši  $25 \% z 50Kč * 100 = 1\ 250\ Kč$ .

Regulační omezení na zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí, pokud k překročení průměrných úhrad za tyto položky došlo v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení.

### Kompenzace zrušeného regulačního poplatku 30 Kč za klinické vyšetření (ambulantní péče)

Kompenzace poplatku je i nadále řešena signálním výkonem v seznamu výkonů. Za každý tento vykázaný výkon v hodnoceném období náleží poskytovateli úhrada ve výši 30 Kč, a to až do výše objemu vybraných (a vykázaných) regulačních poplatků tohoto typu v roce 2014.

### Kompenzace zrušeného regulačního poplatku 100 Kč za každý den lůžkové péče

Kompenzace poplatku je v lůžkové péči promítnuta do paušální úhrady roku 2015, ze které se vychází při výpočtu úhrady na rok 2016.

Kompenzace poplatku v lázeňské péči a v následné a dlouhodobé lůžkové péči je promítnuta přímo do výpočtu úhrady v hodnoceném období.

### Kompensace zrušeného poplatku za výdej léčivého přípravku na recept

Analogicky s výše uvedenými je v seznamu výkonů signální výkon výdeje léčivého přípravku na recept. Za každý tento výkon náleží poskytovateli lékařské péče úhrada 12 Kč. Tento výkon může zdravotní pojišťovně vykázat nejvýše tolikrát, kolik receptů přijal v referenčním období od jejích pojištěnců.

### K § 1

Definuje se okruh poskytovatelů, pro něž se vyhláškou stanoví hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení.

### K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2014, pokud není explicitně uvedeno jinak. Rok 2014 se stanoví z toho důvodu, že je to nejméně vzdálené období v minulosti, za něž proběhlo vykázaní a vyúčtování poskytnutých hrazených služeb. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2016.

Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to zvláště v každé odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu unikátních pojištěnců zahrne dvakrát).

Globálním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to v libovolné odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu globálních unikátních pojištěnců zahrne jednou).

Produkce referenčního období se přepočte podle Seznamu zdravotních výkonů platného k 1. lednu 2016.

### K § 3

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům je úhrada stanovena ve stejné výši, jako pro české pojištěnce ve smyslu § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Toto ustanovení vychází z Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění, podle něhož musí být při poskytování hrazených služeb zahraničním pojištěncům stanoveny stejné podmínky, jako tuzemským pojištěncům.

### K § 4 a příloze č. 1

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče.

### K § 4 a příloze č. 1, písmenu A, bodu 2

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady (ISSSÚ) se skládá z hrazených služeb zařazených podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů do bazí 0001, 0002, 0003, 0014,



0501, 0507, 0511, 0516, 0522, 0523, 0524, 0526, 0527, 0528, 1101, 0310 (dále jen „balíčky“) a léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „centrové léky“).

#### K bodu 2.1 - balíčky

Úhrada balíčků se domluví individuálně mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem.

Oproti roku 2015 se oblast balíčků rozšiřuje o oblast kochleárních implantátů (baze č. 0310), totálních endoprotéz (baze č. 0802, 0804 a 0818), katarakt (baze č. 0204) a transplantací srdce, jater a ledvin (baze č. 0001, 0002 a 1101). Většinou se jedná o takové druhy hospitalizačních případů, u nichž použitý materiál tvoří významnou část nákladů, kdy je cena materiálu velmi variabilní a kdy se cena materiálu rovněž mění v čase.

O výši úhrady a případně o počtu zákroků se dohodne poskytovatel a zdravotní pojišťovna individuálně. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě do 29. února 2016, stanoví vyhláška, že zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli za každého léčeného pojištěnce úhradu ve výši průměrné úhrady na jednoho pojištěnce v roce 2015. Maximální úhrada, kterou je pojišťovna poskytovateli povinna uhradit, se vypočte jako 100 % úhrady dané skupině v roce 2015 respektive 75 % úhrady u kochleárních implantátů, kterým významně poklesla cena materiálu. Datum 29. 2. 2016 je ve vyhlášce uvedeno s cílem dát poskytovateli dostatek času, aby se přizpůsobil případné nedohodě se zdravotní pojišťovnou a mohl plánovat poskytování hrazených služeb pojištěncům dané pojišťovny tak, aby nepřekročil maximální úhradu, kterou je mu pojišťovna povinna poskytnout.

DRG baze, na něž se vztahuje úhrada pomocí balíčků v roce 2016:

0001	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC
0002	TRANSPLANTACE JATER
0003	ALLOGENNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ
0014	AUTOLOGNÍ TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ
0204	VÝKONY NA ČOČCE S NEBO BEZ VITREKTOMIE
0310	KOCHLEÁRNÍ IMPLANTÁT
0501	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE
0507	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU
0511	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU
0516	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU
0522	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU
0523	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU
0524	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ

	STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU
0526	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU
0527	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, <=2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU
0528	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, >=3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU
0802	BILATERÁLNÍ A VÍCENÁSOBNÉ VELKÉ VÝKONY NA KLOUBECH DOLNÍCH KONČETIN
0804	VELKÉ VÝKONY REPLANTACE DOLNÍCH KONČETIN A JEJICH KLOUBŮ
0818	VELKÉ VÝKONY NA KOLENNÍM KLOUBU
1101	TRANSPLANTACE LEDVIN

### K bodu 2.2

Pokud se ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, který má statut centra vysoce specializované péče podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, dohodne rozdílná výše a způsob úhrady hrazených služeb zařazených podle Klasifikace do bazí č. 2250 až 2255 a 2501 až 2537 nezapočítá se úhrada za smluvně sjednanou složku úhrady do paušální úhrady. Podpora je směřována především do traumatologických a popáleninových center. Cílem je podpořit centra vysoce specializované péče v těch bazích, které jsou pro vysoce specializovaná centra nákladnější z důvodu nízké schopnosti relativních vah predikovat náklady.

### K bodu 2.3

Oproti roku 2015 se výše úhrad za centrové léky zvyšuje z 0,96 na 1,00, jelikož snížení v roce 2015 na 0,96 bylo způsobeno poklesem sazby DPH.

### K § 4 a příloze č. 1, písmenu A. bodu 3

Úhrada za akutní lůžkovou péči bude v roce 2016 opět opřena o klasifikaci DRG (Diagnose Related Groups).

Úhrada formou případového paušálu (tedy paušálu podmíněného produkcí hospitalizačních případů) na rozdíl od nepodmíněné paušální úhrady napomáhá ke zvyšování efektivity díky nutnosti vykazovat určitý strukturovaný objem produkce a nevede k omezování objemu poskytnuté péče čili „podléčování“ za účelem vytvoření zisku z předem daného objemu úhrad. Zároveň úhrada formou případového paušálu na rozdíl od výkonové platby neposkytuje silný motiv ke generování zbytečných výkonů s mizivým užitkem čili „přelčování“. Užití tohoto způsobu úhrady tak přispívá ke zvyšování efektivity poskytování zdravotních služeb napříč systémem, a to bez nutnosti plošných škrtů. Z těchto důvodů ministerstvo jednoznačně prosazuje úhradu formou případového paušálu jako hlavní mechanismus úhrady za akutní lůžkovou péči.

Volba klasifikace hospitalizovaných pacientů (dále jen „grouper“):

Za účelem určení, zda vypočtené maximální paušální úhrady poskytovatel v roce 2016 dosáhne, se jeho produkce v hodnoceném období srovnává s jeho produkcí v roce 2015. Pro tyto účely Ministerstvo zdravotnictví považuje za optimální použití nejnovějšího grouperu (algoritmu zařazování hospitalizačních případů do DRG skupin) a nejnovějších relativních vah, tedy verze 013 Pro účely porovnání produkce 2015 a 2016 se všechny tyto údaje přepočítají podle grouperu a relativních vah 013.

Maximální úhrada je ve vyhlášce stanovena jako „individuální paušální úhrada, IPU“. Ta se stanoví následujícím způsobem: Úhrada poskytnutá zdravotní pojišťovnou v roce 2015 poskytovateli za hospitalizační případy, které v roce 2016 spadají dle klasifikace do bazí podle přílohy č. 10 se vynásobí číslem 1,025, což je maximální možný nárůst úhrady vzhledem k růstu disponibilních příjmů v systému veřejného zdravotního pojištění. Tato referenční úhrada se navíc pro účely výpočtu úhrady v hodnoceném období navýší o (bodově ohodnocenou, vynásobenou hodnotami bodu v referenčním období) vyžádanou extramurální péči v referenčním období a o zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky uhrazené v rámci vyžádané extramurální péče a sníží se o případnou úhradu za objem předepsaných léčivých přípravků pro hemofiliky v roce 2015 (tyto přípravky jsou vyjmuty z paušální úhrady, jelikož náklady na tyto pacienty jsou vysoké a nepředvídatelné).

Navíc v roce 2016 nebude úhrada ani produkce násobená koeficienty přechodu pojištěnců, ale bude poskytovateli z 85 % hrazeno pásmo produkce (dále „casemix“) od 104 % do 120 % roku 2015 a tato produkce bude poměrně snížena, pokud poskytovatel nedosáhne požadovaného navýšení počtu globálních unikátních pojištěnců. Tímto opatřením zohledňujeme výkyvy produkce mezi jednotlivými pojišťovnami a kompenzujeme koncentraci nákladů u některých poskytovatelů zdravotních služeb. Dopady této změny jsou cca 400 milionů na celém systému veřejného zdravotního pojištění (z toho pro VZP cca 150 milionů).

Takto je stanoven postup výpočtu maximální možné úhrady od konkrétní zdravotní pojišťovny konkrétnímu poskytovateli. Poskytovatel ovšem v rámci své produkce v roce 2016 nemusí na tuto úhradu dosáhnout. Jeho produkce v roce 2016 bude stejně jako v roce 2015 měřena vykázaným a uznaným casemixem. Ten se v případě, že poskytovatel se nevychyluje z referenční struktury produkce, rovná celkovému vyprodukovanému casemixu roku 2016 (tedy součtu počtu případů vážených relativními vahami dle jejich nákladové náročnosti podle přílohy č. 10). Výpočet ovšem zahrnuje ochranu proti účelovému chování poskytovatele (výběru pouze pacientů s vysokou hodnotou casemixu vůči reálným nákladům či dokonce přímo účelovému chování (upcoding) a překládání pacientů k poskytovatelům následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele nebo překládání pacientů k jiným poskytovatelům akutní lůžkové péče (unbundling)). Pravidlo je stanoveno tak, že pokud se průměrná obtížnost případu (měřená jako celkový casemix dělený počtem případů) v roce 2016 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 5 %, dostane se poskytovatel do pásma plynulé degrese, kdy jeho casemix je redukován takzvanou Cobbovou-Douglasovou funkcí. Ta má takový efekt, že při vychýlení od požadovaného průměru směrem nahoru je pro poskytovatele výhodnější z hlediska zvýšení úhrady léčit

pacienty s nízkou hodnotou casemixu vůči reálným nákladům a méně výhodné léčit dál pouze pacienty s vysokou hodnotou casemixu vůči reálným nákladům. Mechanismus tak funguje především jako ochrana pacienta před účelovým chováním poskytovatele. Dále je casemix redukován, pokud počet překladů pacientů k poskytovatelům následné péče nebo na oddělení následné péče téhož poskytovatele nebo překladů pacientů k jiným poskytovatelům akutní lůžkové péče překročí o více než 5 % průměrný počet překladů (měřeno jako počet překladů dělený počtem hospitalizací) v roce 2015. Prostřednictvím regulace překladů se redukuje možnost poskytovatele uměle navyšovat casemix, který by jim usnadnil dosáhnout navýšení produkce nad 104 % casemixu roku 2015.

V okamžiku, kdy nemocnice má spočtenou maximální úhradu a zná svůj aktuální redukováný casemix, je schopna přistoupit k výpočtu samotné celkové úhrady za rok 2016. Ta je stanovena tím způsobem, že pokud se produkce měřená redukováným casemixem v roce 2016 rovná alespoň 98 % produkce referenčního období (měřené vykázaným a uznaným casemixem roku 2015 (s použitím grouperu verze 013)), obdrží od zdravotní pojišťovny plnou výši individuální paušální úhrady. Dosáhne-li nemocnice poměrně nižší úrovně produkce, bude její individuální paušální úhrada ve shodné proporcii snížena. Od celkové úhrady se odečítají náklady za péči vyžádanou u jiných poskytovatelů, jelikož nemocnice dostává za hospitalizovaného pacienta prostředky na jeho vyléčení formou případového paušálu a pokud si takto péči vyžádá, zdravotní pojišťovna ji musí uhradit u toho poskytovatele, kde byla vyžádána, a hradila by ji de facto dvakrát.

#### K § 4 a příloze č. 1, písmenu A. bodu 4

V roce 2016 je nově zařazena úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu a zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do bazí vztažených k diagnóze uvedených v tabulce níže. Tímto opatřením zohledňujeme přesun nákladů spojený s přesunem pojištěnců mezi pojišťovnami i poskytovateli při absenci koeficientů přechodu pojištěnců.

<b>Baze</b>	<b>Název skupiny</b>
1460	POROD CÍSAŘSKÝM ŘEZEM
1461	VAGINÁLNÍ POROD SE STERILIZACÍ A/NEBO DILATACÍ A KYRETÁŽÍ
1462	VAGINÁLNÍ POROD S VÝKONEM, KROMĚ STERILIZACE A/NEBO DILATACE A KYRETÁŽE
1463	VAGINÁLNÍ POROD
1561	NOVOROZENEC, S TRANSPLANTACÍ ORGÁNU NEBO MIMOTĚLNÍ MEMBRÁNOVOU OXYGENACÍ
1562	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM
1563	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU <=1000G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU
1564	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM
1565	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1000-1499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU
1566	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM
1567	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 1500-1999G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU
1568	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM
1569	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU 2000-2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU
1570	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, SE ZÁKLADNÍM VÝKONEM

1571	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU >2499G, S VÁŽNOU ANOMÁLIÍ NEBO DĚDIČNÝM STAVEM
1572	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, SE SYNDROMEM DÝCHACÍCH POTÍŽÍ
1573	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S ASPIRAČNÍM SYNDROMEM
1574	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, S VROZENOU NEBO PERINATÁLNÍ INFEKČÍ
1575	NOVOROZENEC, VÁHA PŘI PORODU > 2499G, BEZ ZÁKLADNÍHO VÝKONU
2401	HIV S VÝKONEM, S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV
2402	HIV S VÝKONEM, S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV
2403	HIV S VÝKONEM, BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV
2430	HIV S VENTILAČNÍ NEBO NUTRIČNÍ PODPOROU
2431	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, PROPUŠTĚN PŘES LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ
2432	HIV S NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝMI INFEKCEMI SOUVISEJÍCÍMI S HIV
2433	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, S TUBERKULÓZOU
2434	HIV S DALŠÍ DIAGNÓZOU SOUVISEJÍCÍ S HIV, BEZ NĚKOLIKA ZÁVAŽNÝCH INFEKČÍ SOUVISEJÍCÍCH S HIV, BEZ TUBERKULÓZY
2435	HIV BEZ DALŠÍ DIAGNÓZY SOUVISEJÍCÍ S HIV

K § 4 a příloze č. 1, písmenu A. bodu 5

V případě hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům nebo v případě, že poskytovatel poskytne hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč. V roce 2016 dochází ke snížení počtu pojištěnců ze 100 na 50, pro které se hradí zdravotní služby podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1 Kč, z důvodu preferování úhrady formou případového paušálu před výkonovou úhradou.

Dále zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši 100 Kč za každý den hospitalizace jako kompenzaci zrušených regulačních poplatků.

K § 4 a příloze č. 1, písmenu A. bodu 6

V nemocničních ambulancích se uplatňuje stejně jako v roce 2015 maximální strop úhrady, který je nastaven na 102,5 % roku 2015. Hodnota bodu u ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče se stanoví ve stejné výši jako u mimo nemocničních ambulancí.

K § 4 a příloze č. 1, písmenu A. bodu 7, 8, 9 a 10

V těchto bodech jsou upraveny změny v rozsahu hrazených služeb, výše záloh, určení navýšení úhrad a vyjmutí úhrady za léky a vyžádanou péči v souvislosti s ochrannou léčbou z regulací.

K § 4 a příloze č. 1, písmenu B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka) bude v roce 2016 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace. Paušální sazba v roce 2016 bude stanovena jako maximum tří hodnot tj. 111,5 % paušální sazby v roce 2014, 105,5 % paušální sazby v roce 2014 plus 100 Kč a minimální paušální sazby stanovené pro každý ošetrovací den a kategorii pacienta. Toto navýšení má za cíl kompenzovat výpadek regulačních poplatků za každý den hospitalizace, alokovat poskytovatelům dostatečné finanční prostředky pro pokrytí nárůstu platů a rovněž zvýšit nejnižší paušální sazby a tím sblížit paušální sazby mezi pojišťovny.

Minimální paušální sazby zohledňují zvýšené nároky na počet ošetrovacího personálu u ošetrovacího dne č. 00022 (lůžka rehabilitačních odborných léčebných ústavů) a č. 00027 (lůžka dětských rehabilitačních odborných léčebných ústavů), u kategorií pacientů 3 a 4 podle seznamu výkonů. Tyto zvýšené náklady vznikly v roce 2013 v souvislosti s novou vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tato vyhláška stanovuje pro kategorie pacientů 3 a 4 zajistit nad rámec obvyklého počtu zaměstnanců navíc 0,5 úvazku lékaře, 0,8 úvazku lékaře s odbornou způsobilostí, 9,0 úvazku všeobecné sestry, 10,0 úvazku sanitáře, ošetrovatele či maséra a 3,0 úvazky fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta.

Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče celková výše úhrady za výkony nepřekročí částku, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období. Stejný princip úhrady je použit i u ambulancí mimo nemocnice.

Hodnota bodu pro úhradu zvláštní lůžkové péče se oproti roku 2015 navyšuje o 7 haléřů, což napomůže rozvoji hospicového typu zdravotní péče bez významnějších finančních dopadů na systém veřejného zdravotního pojištění.

#### K § 5 a příloze č. 2

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Znění vyhlášky pro praktické lékaře pro děti a dorost vychází z parciální dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení. Změnou oproti roku 2015 je navýšení indexu pro věkové skupiny 0 – 4 roky a 5 – 9 let. Další změnou je zvýšení hodnoty bodu pro výkony očkování č. 02105 a 02125 a zmírnění regulačních omezení.

Pro praktické lékaře pro dospělé je nastavena v roce 2016 maximální kapitační platba ve výši 52 Kč, která je při nesplnění podmínek vždy snížena o 0,50 Kč za každou nesplněnou podmínku (otevírací doba, návštěvní služba, výkony prevence a screening kolorektálního karcinomu). Dále pokud má praktický lékař více než 15 % pojištěnců, u kterých nebyla registrujícím poskytovatelem poskytnuta a zdravotní pojišťovnou uznána zdravotní péče či předepsán léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek či vyžádána péče v posledních

36 měsících, je kapitační sazba poskytovateli za tyto pojištěnce snížena. Cílem tohoto opatření je motivovat poskytovatele, aby se aktivně starali o své pacienty.

Pokud poskytovatel v oboru všeobecného praktického lékařství a poskytovatel v oboru praktického lékařství pro děti a dorost poskytuje alespoň desetkrát ročně zdravotní služby v rámci lékařské pohotovostní služby, což musí doložit smlouvou o poskytování zdravotních služeb v rámci lékařské pohotovostní služby, zvýší se roční úhrada o 35 000 Kč. Toto opatření napomůže k dostatečné participaci praktických lékařů na zajištění lékařské pohotovostní služby ve všech krajích.

Pro účely zajištění dostatečné sítě praktických lékařů i v odlehlých místech, kde pojišťovna opakovaně vyhlásila výběrové řízení, bude v příštím roce umožněno navýšit celkovou úhradu za hrazené služby o 30 %.

#### K § 6 a příloze č. 3

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, včetně poskytovatelů hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů.

Celková výše úhrady za výkony poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče mimo některé vyjmenované případy nesmí překročit částku, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a indexem 1,01. Omezení maximální úhrady průměrnou úhradou na unikátně ošetřeného pojištěnce je vhodným regulačním nástrojem na celkové náklady segmentu, který je již několik let úspěšně používán v segmentu ambulantních gynekologů. Růst 1 % je dostatečný k pokrytí rostoucích nákladů tohoto segmentu.

#### K § 7 a příloze č. 4

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů. Znění vyhlášky pro tento segment vychází z dohody v dohodovacím řízení.

Dochází ke zvýšení hodnoty bodu o 1 haléř. Maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce je omezena průměrnou úhradou v referenčním období, stejně jako tomu bylo v roce 2015. V dohodě se také strany domluvily, že nebudou zmírňovat regulační omezení v případě, že poskytovatel vystaví více než 50 % lékařských předpisů v elektronické podobě.

#### K § 8 a příloze č. 11

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství. V příloze č. 11 je seznam výkonů poskytovatelů v oboru zubního lékařství s výši úhrady těchto výkonů. Dochází ke zvýšení úhrady u pěti výkonů v souvislosti se zajištěním růstu úhrad v celém segmentu o 2 %. Toto navýšení zohledňuje rostoucí náklady segmentu a navýšení úhrady u níže zmíněných výkonů

vychází z jednání zástupců zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb s přihlédnutím k veřejnému zájmu.

K navýšení úhrad došlo u těchto kódů:

- 00916 Anestézie na foramen mandibulae a infraorbitale ze 100 Kč na 105 Kč,
- 00917 Anestézie infiltrační z 80 Kč na 85 Kč,
- 00920 Ošetření zubního kazu - stálý zub - fotokompozitní výplň z 315 Kč na 350 Kč,
- 00921 Ošetření zubního kazu - stálý zub z 242 Kč na 270 Kč a
- 00950 Extrakce stálého zubu ze 168 Kč na 190 Kč.

Podpora pohotovostní služby v zubním lékařství prostřednictvím navýšení úhrady výkonu č. 00908 Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce – v rámci pohotovostní služby o 5 % z 295 Kč na 310 Kč.

Dále dochází ke změnám v textu výkonů a regulačních omezení u těchto výkonů:

00903 – vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou

- Rozšíření regulačních omezení. Výkon nově nelze kombinovat s kódy č. 00931, 00940 a 00981.

00909 – klinické stomatologické vyšetření

- Rozšíření regulačních omezení. Kód lze nasmlouvat klinickým pracovištěm, tj. společné pracoviště fakultní nemocnice a lékařské fakulty vysoké školy podle § 111 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.

00913 – zhotovení ortopantomogramu

- Změna textu regulačního omezení. Kód lze vykázat pro odbornost 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školících akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015, 605 2/1 kalendářní rok (namísto 1/1 kalendářní rok) pouze v souvislosti se specializovanou péčí a v ostatních případech platí omezení kódu 1/2 kalendářní roky.

00914 – vyhodnocení ortopantomogramu

- Doplnění textu výkonu. Nově jsou v textu výkonu zahrnuti i lékaři odbornosti 015 (ortodontie).

00983 – kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu

- Změna regulačních omezení. Změna z možnosti vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let, na možnost vykázat kód 1/1 kalendářní čtvrtletí, a to maximálně 16x na pacienta, v případě rozštěpových vad není omezeno.

00984 – kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu

- Změna regulačního omezení. Změna z možnosti vykázat 1/1 čtvrtletí po dobu 4 let, na možnost vykázat kód 1/1 kalendářní čtvrtletí.

00986 – kontrola ve fázi retence nebo aktivní sledování ve fázi růstu a vývoje

- Změna regulačního omezení. Změna z možnosti vykázat 1/1 kalendářní pololetí, maximálně po dobu 4 let, na možnost vykázat kód 1/1 kalendářní čtvrtletí a to maximálně 8 x na pacienta.



#### K § 9 a příloze č. 5

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech (tj. v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů).

Znění vyhlášky pro poskytovatele ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech vychází z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení.

Je zachován stávající způsob bonifikace poskytovatelů, kteří prokážou, že jsou držiteli osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL.

Změnou oproti roku 2015 je zvýšení hodnoty bodu pro odbornosti 809 a 810 z 1,05 Kč na 1,10 Kč vyjma výkonů č. 89711 až 89725, 89611 až 89619 a 89312, kde dochází ke snížení hodnoty bodu.

Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 817, 818, 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů se zvyšuje hodnota bodu.

Pro některé metody (trombomutace, celiakie atd.) poskytované v odbornosti 816 je nově stanovena maximální úhrada.

U všech odborností mimo 809 a 810 dochází ke zvýšení maximální úhrady o 1 % v souladu s dohodou z Dohodovacího řízení.

Poskytovatelé se se zástupci zdravotních pojišťoven dohodli, že zastropování maximální úhrady nebo maximálního počtu bodů na unikátního pojištěnce se uplatní i pro poskytovatele, kteří v hodnoceném nebo referenčním období ošetřili méně než 50 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.

#### K § 10 a příloze č. 6

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 913, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů.

Celková výše úhrady za výkony poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 913, 914, 916, 921 a 925 nesmí překročit částku, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a index 1,01. Omezení maximální úhrady průměrnou úhradou na unikátně ošetřeného pojištěnce je vhodným regulačním nástrojem na celkové náklady segmentu, který je již několik let úspěšně používán v segmentu ambulantních gynekologů. Růst 1 % je dostatečný k pokrytí rostoucích nákladů tohoto segmentu.

#### K § 11 a příloze č. 7

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů.

Celková výše úhrady za výkony poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 902 a 917 nesmí překročit částku, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a indexem 1,01. Omezení maximální úhrady průměrnou úhradou na unikátně ošetřeného pojištěnce je vhodným regulačním nástrojem na celkové náklady segmentu, který je již několik let úspěšně používán v segmentu ambulantních gynekologů. Růst 1 % je dostatečný k pokrytí rostoucích nákladů tohoto segmentu.

#### K § 12

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče. Hodnota bodu zůstává na úrovni roku 2015 tedy ve výši 1,11 Kč v případě jízdy vozů zdravotnické záchranné služby a ve výši 1,10 Kč v případě jízdy poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče či sekundárních převozů. Toto ustanovení vychází z dohody uzavřené v rámci dohodovacího řízení.

#### K § 13 a příloze č. 8

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby.

Znění vyhlášky pro poskytovatele zdravotnické dopravní služby vychází z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení. V segmentu zdravotnické dopravní služby nedochází oproti roku 2015 k žádné změně.

#### K § 14

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství, ve výši 1,00 Kč.

Znění vyhlášky pro poskytovatele v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství vychází z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení.

#### K § 15

Stanoví se výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, péče v ozdravovnách.

Úhrada lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé i pro děti zůstane na úrovni roku 2015 z důvodu rostoucího objemu produkce tohoto segmentu a naplněných kapacit v lázeňské léčebně rehabilitační péči.

Poskytovatelům příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče přísluší úhrada 30 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů, který může být pojišťovně vykázán maximálně 3 x za dobu léčení pojištěnce.

Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách se stanoví úhrada za jeden den pobytu ve výši 807 Kč. Nárůst úhrady za jeden den pobytu je dostatečný k pokrytí rostoucích nákladů tohoto segmentu.

#### K § 16

Stanoví se úhrada ve výši 30 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon klinického vyšetření. Úhrada poskytovateli za tento výkon nepřekročí objem vybraných regulačních poplatků tohoto typu v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do žádného omezení, jako jsou risk-koridory, maximální výše úhrad atd.

#### K § 17

Stanoví se úhrada ve výši 12 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon výdeje léčivého přípravku na recept (edukace pacienta a související administrace). Tento výkon může poskytovatel lékárenské péče vykázat pojišťovně maximálně tolikrát, kolik receptů na léčivé přípravky hrazené z veřejného zdravotního pojištění přijal od jejich pojištěnců v roce 2014.

#### K § 18

Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 10 000 Kč.

Tento výkon má podpořit úspěšný rozvoj transplantačního programu, kdy je nezbytné v maximální míře využít k odběru orgánů vhodné dárce. Transplantace může výrazně přispět ke zlepšení zdravotního stavu příjemce a v případě transplantace ledvin je výhodná i pro plátce zdravotní péče. Je proto vhodné motivovat zařízení akutní péče k nahlášení potenciálních dárců koordinačnímu centru transplantací tím, že jim budou hrazeny náklady spojené s hledáním vhodných dárců, převozu orgánů a ostatních nepřímých nákladů. V připravovaném návrhu vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, jde o tzv. signální výkon, který je kalkulován s nulovou hodnotou s tím, že konkrétní úhrada je řešena v této vyhlášce.

#### K § 19

V souladu se zmocněním se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad a regulačních omezení na celý kalendářní rok, a proto se nabytí účinnosti této vyhlášky stanoví k 1. lednu 2016.