

Odůvodnění

I. Obecná část

Podle schváleného Plánu přípravy vyhlášek na rok 2017 se k tomuto materiálu nezpracovává hodnocení dopadu regulace (RIA).

A. Vysvětlení nezbytnosti navrhované právní úpravy, odůvodnění hlavních principů

Na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona vydává ministerstvo vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení vždy pro následující kalendářní rok.

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 2018 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018, které umožní podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů akutní lůžkové péče a u poskytovatelů následné a dlouhodobé lůžkové péče. Umožní navýšení platů a mezd pracovníků ve zdravotnictví u poskytovatelů lůžkové péče a zároveň vyrovnané hospodaření zdravotních pojišťoven.

1. Důvod předložení a cíle

1.1 Název

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018.

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 (dále jen „VZP“) 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 zpracuje 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 zdravotních služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je tento zájem definován v § 17 odst. 2 zákona.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2018 probíhalo v období od 31. ledna 2017 do 20. června 2017. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě, z celkového počtu 14 segmentů zdravotní péče, ve 2 segmentech a k jedné parciální dohodě:

1. skupina poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb,
2. skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb,
3. skupina poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb - parciální dohoda u poskytovatelů radiodiagnostických služeb.

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.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2017 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2017 a aby předpokládané výdaje systému nepřevýšily předpokládané příjmy.

Kromě zákona a samotné vyhlášky č. 348/2016 Sb., je oblast úhrad, hodnot bodu a regulačních omezení ovlivněna vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam výkonů“), 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.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

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

1.5 Popis cílového stavu

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018, které reflektuje následující skutečnosti:

- Podpořit kvalitní a dostupnou péči u poskytovatelů akutní lůžkové péče a u poskytovatelů následné a dlouhodobé lůžkové péče.
- Umožnit navýšení platů a mezd pracovníků ve zdravotnictví u poskytovatelů lůžkové péče.
- Umožnit vyrovnané hospodaření zdravotních pojišťoven.
- Umožnit poskytovatelům zdravotních služeb růst odpovídající finančním možnostem systému.
- Pokračovat v narovnávání systému úhrad: pokračovat ve sbližování individuální základní sazby u poskytovatelů akutní lůžkové péče a paušálních sazeb za jeden den hospitalizace u poskytovatelů následné péče a dlouhodobé lůžkové péče.
- Prosazovat takové úhradové mechanismy, které motivují zdravotní pojišťovny k efektivnímu vynakládání finančních prostředků a poskytovatele zdravotních služeb k zvyšování efektivity v poskytování hrazených zdravotních služeb.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (dále jen „ZZP“) plánují ke konci roku 2017 zůstatky na základním fondu v celkové výši 4,5 miliardy Kč. Všechny ZZP mají naplněny rezervní fondy.

VZP plánuje ke konci roku zůstatek na základním fondu v celkové výši 3 miliardy Kč. VZP má naplněný rezervní fond v plné výši.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) ZZP během roku 2018 se na základě predikce Ministerstva financí odhadují na 115,3 miliardy Kč. Disponibilní zdroje základního fondu ZZP v roce 2018 se odhadují na 111,9 mld. Kč.

Příjmy z přerozdělení pojistného VZP během roku 2018 se na základě predikce Ministerstva financí odhadují na 175,3 mld. Kč. Disponibilní zdroje základního fondu VZP v roce 2018 se odhadují na 171,4 mld. Kč.

Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2018 se tudíž odhadují na 290,6 mld. Kč a disponibilní zdroje základního fondu zdravotního pojištění na 283,4 mld. Kč.

Oproti roku 2017 se tak očekává zvýšení příjmů systému o cca 15 miliard Kč. Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2018, která počítá s nárůstem mezd o

5,2 % a zaměstnanosti o 0,4 % a dále bere v úvahu zvýšení platby za státní pojištění z 920 Kč na 969 Kč a navýšení tarifních platů.

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 ministerstva, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Nevydáním vyhlášky by reálně vzniklo riziko žalob (viz závěry z relevantních právních 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 opatření a vynucování

Za implementaci regulace budou odpovídat zdravotní pojišťovny, jako subjekty provádějící v ČR zdravotní pojištění. V daném případě půjde o činnosti, které jsou zdravotními pojišťovnami již prováděny. Přezkum účinnosti navržených legislativních opatření provádí ministerstvo v rámci své kontrolní činnosti, v součinnosti s Ministerstvem financí, popřípadě prostřednictvím zástupců státu v orgánech zdravotních pojišťoven.

3 Přezkum účinnosti regulace

Vyhláška, jejíž návrh je předkládán podle zmocnění zákona č. 48/1997 Sb., se použije pouze v tom případě, 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. Během roku 2018 se budou vyhodnocovat dopady vyhlášky na poskytování zdravotních služeb a na základě analýzy dopadů bude formulován návrh příští vyhlášky.

Konzultace a zdroje dat

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení podle § 17 odst. 5 zákona mezi zástupci VZP 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 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.

4 Kontakty na zpracovatele

Osoba, která odůvodnění zpracovala:

Mgr. Pavlína Žilová, vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění
(pavlina.zilova@mzcr.cz)

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

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

Osoba, která odůvodnění schválila:

Ing. Helena Rögnerová, ředitelka odboru dohledu nad zdravotním pojištěním

B. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy se zákonem, k jehož provedení je vyhláška navržena, včetně souladu se zákonným zmocněním k jejímu vydání

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem, k jehož provedení je navržena, a se zákonným zmocněním k jejímu vydání (§ 17 odst. 5).

C. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s předpisy Evropské unie, judikaturou soudních orgánů Evropské unie a obecnými právními zásadami práva Evropské unie

Návrhem vyhlášky není do právního řádu ČR implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

D. Předpokládaný hospodářský a finanční dopad navrhované právní úpravy na státní rozpočet, ostatní veřejné rozpočty, na podnikatelské prostředí ČR, dále sociální dopady, včetně dopadů na rodiny a dopadů na specifické skupiny obyvatel, zejména osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením a národnostní menšiny, a dopady na životní prostředí

Dopad na státní rozpočet z tohoto návrhu přímo nevyplývá. Reálný celkový dopad na veřejné zdravotní pojištění není možné exaktně vyčíslit, především z toho důvodu, že vyhláška je pro poskytovatele a zdravotní pojišťovny vodítkem jen tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.

V segmentu ambulantní péče předpokládáme nárůst nákladů přibližně o 2,1 mld. Kč, který je způsobený převážně přirozeným růstem segmentu a nárůstem objemu péče. V segmentu lůžkové péče předpokládáme nárůst nákladů téměř o 11,7 mld. Kč. Z toho 0,5 mld. Kč náleží přirozenému růstu nákladů na centrové léky a zbylé 11,2 mld. Kč připadají na nárůst úhrad poskytovatelům lůžkové péče, který bude kompenzovat očekávané navýšení platů a mezd pracovníků ve zdravotnictví a příplatku na směnnost sester a zároveň pokryje nárůst produkce u převážně specializovaných pracovišť.

Celkový nárůst nákladů za všechny segmenty potom činí cca 15,5 mld. Kč. Dopady jsou modelovány na základě produkčních a úhradových dat za rok 2016 od zdravotních pojišťoven, pololetních ukazatelů za rok 2017 a zdravotně pojistných plánů pro rok 2017.

Na příjmové stránce se očekává růst výběru pojistného o 5,3 %, způsobený predikovaným růstem mezd o 5,2 %, zaměstnanosti o 0,4 % a zvýšením platby za státní pojištěnce na 969 Kč.

Tabulka: Náklady na zdravotní služby v roce 2018

	VZP	ZZP	Celkem	Rozdíl oproti 2017
celkem na zdravotní péči	170 325 591	112 091 498	282 417 090	15 468 481
na ambulantní péči	41 007 776	32 484 990	73 492 765	2 059 582
na lůžkovou péči	95 845 712	58 365 959	154 211 672	11 731 998
z toho náklady na centrové léky	9 638 439	6 421 730	16 060 169	530 035

Navrhovaná vyhláška bude mít pozitivní dopady na podnikatelské prostředí, pokud jde o poskytovatele zdravotních služeb. Navrhovaná vyhláška nepředpokládá žádné sociální dopady, včetně dopadů na rodiny a dopadů na specifické skupiny obyvatel, zejména osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením a národnostní menšiny. Rovněž se nepředpokládá žádný dopad na životní prostředí.

Následující tabulka shrnuje dopady na jednotlivé zdravotní pojišťovny:

Bilance roku 2018 (údaje v mil. Kč)	VZP	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP	Celkem
Příjmy v roce 2018 po přerozdělení	175 269	18 305	30 789	17 893	3 906	33 956	10 516	290 664
Disponibilní zdroje roku 2018	171 354	17 844	29 827	17 353	3 787	32 972	10 208	283 376
Výdaje na zdravotní služby roku 2018	170 326	17 819	29 308	18 044	3 722	32 907	10 291	282 417
SALDO roku 2018	1 028	25	519	-691	65	65	-83	958
Zůstatek na ZF k 31. 12. 2017	3 060	226	1 644	959	213	504	924	7 531
Zůstatek na ZF k 31. 12. 2018	4 088	251	2 164	268	278	569	841	8 460
Saldo/příjmy 2018	0,59%	0,13%	1,69%	-3,86%	1,66%	0,19%	-0,79%	0,33%

Celkové saldo roku 2018 všech zdravotních pojišťoven je + 958 mil. Kč. Salda jednotlivých zdravotních pojišťoven s výjimkou Oborové zdravotní pojišťovny (na kterou pro rok 2018 má velký negativní vliv zavedení přerozdělení dle PCG) se v absolutní hodnotě pohybují pod 3 % z příjmů po přerozdělení, tudíž dopad úhradové vyhlášky lze považovat za hospodářsky vyrovnaný.

E. Zhodnocení současného stavu a dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen

Navrhovaná právní úprava nezasahuje do zásad zákazu diskriminace a nebude mít dopady na rovnost mužů a žen.

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.

G. Zhodnocení korupčních rizik

Nepředpokládá se zvýšení korupčních rizik, neboť navrhovaná právní úprava žádným způsobem nemění vztahy mezi jednotlivými osobami, které se na regulaci podílí nebo na něž regulace dopadá.

H. Zhodnocení dopadů na výkon státní statistické služby

Nepředpokládá se dopad návrhu na výkon státní statistické služby. Nedojde k narušení objektivitě statistických informací či k omezení a zkreslení zveřejňovaných údajů.

I. Zhodnocení dopadů na bezpečnost nebo obranu státu

Navrhovaná vyhláška nebude mít dopad na bezpečnost nebo obranu státu.

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 většinu odborností 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 (u léků částečně sníženého z důvodu zavedení elektronické preskripce, která sníží jejich vykazování) uplatní zdravotní 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 zdravotní pojišťovna poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období. 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 (psychiatrie), 306 (dětská a dorostová psychiatrie), 308 (návykové nemoci) nebo 309 (sexuologie) nepoužijí, zejména z důvodů podpory podávání depotních léků (léčivé přípravky s pomalým vstřebáváním) pacientům s psychickými nemocemi. Depotní léky snižují pravděpodobnost návratu onemocnění a opakovaných hospitalizací pacienta, tedy i snižují náklady na případnou lůžkovou péči.

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. Jelikož je poskytovateli kompenzován výpadek příjmů ze zrušených regulačních poplatků, nikoli hrazen každý vykázaný signální výkon, byl zvolen limit podle roku 2014, ve kterém byly regulační poplatky naposledy vybírány.

Kompenzace 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 lékárenské péče úhrada 13 Kč. Tento výkon může poskytovatel zdravotní pojišťovně vykázat nejvýše tolikrát, kolik položek na recept vystavil v roce 2014.

Kompenzace zrušeného regulačního poplatku 100 Kč za každý den lůžkové péče

Kompenzace poplatku byla v lůžkové péči promítnuta do paušální úhrady roku 2015, je již tedy zahrnuta ve výši úhrad jednotlivých poskytovatelů i v roce 2018.

Kompenzace poplatku v lázeňské péči a v následné a dlouhodobé lůžkové péči je již promítnuta v úhradě roku 2016. V případě zvláštní lůžkové péče byla kompenzace poplatku zahrnuta do nového kalkulačního vzorce v roce 2017.

Pojem srovnatelného poskytovatele

V několika segmentech úhradové vyhlášky se používá pojem srovnatelného poskytovatele pro stanovení úhrady v případě, že poskytovatel v referenčním období neexistoval, případně ošetřil malé množství pojištěnců. Srovnatelného poskytovatele nelze definovat obecně vzhledem ke specifikům jednotlivých segmentů. Srovnatelným poskytovatelem je však myšlen takový poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby v obdobném celkovém rozsahu a struktuře jako poskytovatel, pro kterého se ustanovení o srovnatelném poskytovateli používá.

Převzetí praxe

Bližší se specifikuje případ, kdy v souladu s § 17 odst. 8 zákona došlo k převodu majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb na jiného poskytovatele (dále jen „převzetí praxe“) a určení referenční úhrady. V případě, že poskytovatel převzal praxi, použijí se pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. V praxi se stává, že lékař po převzetí praxe od staršího kolegy převezme i jeho referenční hodnoty, které v mnohých případech nezohledňují strukturu a rozsah péče nového poskytovatele. Proto je v takových případech žádoucí nastavit referenční hodnoty podle srovnatelných poskytovatelů.

Bonifikace za elektronický recept

V souvislosti se zavedením povinného využívání e-receptů budou všem lékařům v rámci celkového finančního vypořádání kompenzovány zvýšené náklady vzniklé v souvislosti se zavedením e-receptů ve výši 1,70 Kč za předepsanou položku na recept (kompenzovány jsou náklady na připojení k internetu, elektronický recept, elektronický podpis).

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 2016, pokud není explicitně uvedeno jinak (například v případě lánů nebo následné péče, kde je jako srovnávací rok stanoven rok 2017, neboť u těchto poskytovatelů je použita výkonová úhrada, která nevyžaduje využití referenčního období, které musí být uzavřené – předcházející 2 roky

hodnocenému období). Rok 2016 se stanoví z toho důvodu, že je to nejméně vzdálené období v minulosti, za něž již proběhlo vykázání a vyúčtování poskytnutých hrazených služeb. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2018.

Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to zvlášť 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 v příloze č. 1 (části A), 5 a 8 se přepočítá podle seznamu výkonů platného k 1. lednu 2018.

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 akutní lůžkové péče, následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče.

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

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady sestává z individuálně nasmlouvané úhrady některých DRG (Diagnosis-Related Groups) bazí - střední úroveň v klasifikaci DRG, která je složena z případů s podobnými příznaky, postupy a výsledky léčby - (dále jen „balíčky“) a z úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely označených symbolem „S“ (použití při poskytování zdravotních služeb na specializovaných pracovištích), 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

Z důvodu snížení segmentace a také z důvodu toho, že meziročně nedochází k významnému snížení ceny materiálů, byly baze podle bodu 2.1.1 převedeny do případového paušálu.

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady v roce 2018 obsahuje pouze tzv. dobrovolné balíčky, které zahrnují takové zdravotní služby, které mají vyšší náklady z důvodu nízké schopnosti relativních vah predikovat náklady a v případě oboustranného zájmu je mohou zdravotní pojišťovna a poskytovatel dohodnout. Pokud se zdravotní pojišťovna

s poskytovatelem nedohodnou na výši úhrady níže zmíněných zdravotních služeb, budou tyto případy zahrnuty v úhradě formou případového paušálu. Cílem tohoto opatření je možnost navýšit úhradu těm poskytovatelům, kteří mají vyšší náklady, než je zohledněno ve výpočtu relativních vah.

K bodu 2.2 - centrové léky

Maximální úhrada centrových léků bude pro rok 2018 stanovena pro všechny skupiny léčivých přípravků dohromady se zohledněním růstu úhrad v jednotlivých skupinách centrových léků, aby byla možnost nevyčerpané finanční prostředky v jedné skupině přesunout do přečerpaného limitu v jiné skupině centrových léků. Celková maximální úhrada je nastavena jako součet maximálních úhrad pro jednotlivé skupiny centrových léků. Navýšení pro jednotlivé skupiny bylo vypočteno na základě reálných údajů za náklady na centrové léky v roce 2016, 1. pololetí roku 2017 a předpokládaného růstu těchto nákladů v roce 2018.

Predikce vývoje potřeby a objemu úhrad centrové léčby byly provedeny vícerozměrnými modely, které integrují více zdrojů dat a vývoj od nich odvozených ukazatelů v čase. Zejména jde o predikce počtu nově indikovaných pacientů (incidence léčených) a pacientů na léčbě během predikovaného období (prevalence léčených). K těmto predikcím jsou využívána data populačních registrů Národního zdravotnického informačního systému a publikovaná data klinických registrů odborných společností; jejich výstupy jsou následně vstupem do klinických rozhodovacích modelů, které u většiny významných segmentů léčby zachycují i objem léčby v po sobě jdoucích liniích. U modelů týkajících se onkologických diagnóz jsou do predikcí prevalence léčených dále zapojeny modely přežití pacientů a přežití v období bez projevu nemoci, což má význam zejména u léčby, která je nasazována do relapsu či progresu základního onemocnění. Z modelů dlouhodobě vyplývá, že objem léčby nelze predikovat pouze na bázi incidence, vliv prevalence je více než dvojnásobný.

Modely na populační bázi a klinické rozhodovací modely (v podstatě algoritmizované standardizované postupy léčby) nepokrývají všechny potřebné dimenze. Dalším významným zdrojem je predikce vývoje trhu s léčivy, tedy predikce nástupu nových indikací léků či zcela nových léků, a kvantifikace jejich potenciálního dopadu do úhrad (tzv. *horizon scanning*). Pro modely predikující situaci v roce 2017 a 2018 dodal tyto predikce Státní ústav pro kontrolu léčiv. Tato data zahrnují i odhad možného propadu cen v důsledku nástupu biosimilars, kompetičního nahrazování stávajících léků jinými, apod. Vstupy z *horizon scanningu* v modelech vystupují jako korekce odhadů incidence léčených. Posledním zdrojem dat jsou vlastní retrospektivní exporty dat o počtech skutečně léčených a o úhradách za léčbu ze zdravotních pojišťoven. Tato data jinak poskytují úhradovou základnu za referenční období a jednak odkrývají aktuální vývoj objemu úhrad, což slouží jako korekční faktor pro odhad prevalence léčených a pro konečnou aktualizaci predikovaného objemu financí.

Modely jsou založeny pouze na standardních statistických technikách a většina z nich byla již publikována. Predikce byly rovněž v uplynulých obdobích konfrontovány se skutečností a u indikací, kde nedojde k neočekávané změně trhu, dosahují přesnosti 95 – 97%. Vícezdrojová data umožňují predikce provádět nejen pro celý segment centrové léčby, ale lokalizovat je i pro jednotlivé diagnostické skupiny či pro čtenější indikace konkrétních léků.

Bylo definováno celkem 15 segmentů péče.

Segment	Indikace centrové léčby v daném segmentu
Dermatologie	Aktinická keratóza, Psoriáza těžká
Dýchací soustava	Astma, CHOPN, Idiopatická plicní fibróza
Endokrinologie	Akromegalie, Endokrinní oftalmopatie, Toxická struma štítné žlázy, Růstové hormony
Hemato(onko)logie	Leukemie, Lymfomatózní meningitida, Lymfomy, Mnohočetný myelom, Myelo-dysplastické syndromy, Podpůrná hematoonkologie, Zhoubné imunoproliferativní nemoci, Hematologie
Imunitní systém	Autoinflamatorní onemocnění, Digitální ulcerace u systémové sklerodermie, Hereditární angioedém, Polyangiitida, Transplantace
Infekce	HIV, Chronická hepatitida, Synagis – kardio, Synagis – nedonošenci, Synagis – pneumo
Metabolické vady	Fabryho choroba, Gaucherova choroba, Metabolické vady
Neurologie	Epilepsie, Narkolepsie, Parkinsonova choroba, Roztroušená skleróza, Substituční léčba
Oběhový systém	Plicní arteriální hypertenze
Oftalmologie	Centrální venózní okluze, Makulární degenerace, Oftalmologie – DM, Vitreomakulární trakce, Oftalmologie - jiné
Onkologie - solidní nádory	Hepatocelulární karcinom, Nádory hlavy a krku, Nádory kolorekta, Nádory ledviny, Nádory močového ústrojí, Nádory mozku, Nádory ovarií, Nádory plic, Nádory prostaty, Nádory prsu, Nádory slinivky, Nádory štítné žlázy, Nádory z embryonálních buněk, Nádory žaludku, Osteosarkom, pNET, Sarkomy měkkých tkání, Jiné nádory měkkých tkání, Jiné ZN kůže, Kožní lymfomy, Maligní melanom, Mezoteliom pleury
Osteoporóza	Osteoporóza
Revmatologie	Bechtěrevova choroba, Artritida (<i>Revmatoidní artritida + Juvenilní idiopatická artritida</i>), Lupus erythematosus, Psoriatická artritida
Trávicí soustava	Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida
Ostatní	Výše neuvedené diagnózy

U skupiny ostatních centrových léků byl zvolen průměrný predikovaný růst nákladů na centrové léky v roce 2018 přes všechny segmenty.

K bodu 2.2.4

Úhrada centrových léků nad výše definovanou maximální úhradu je možná po předchozím schválení zdravotní pojišťovnou. Není však rozhodné, zda se jedná o nově zahájenou léčbu (tedy léčbu onemocnění, která v referenčním období poskytovatel neléčil) či o další léčbu stávajících onemocnění.

K § 4 a příloze č. 1, části A, bodu 3 a příloze č. 10, 12, 14 a 15

V roce 2018 bude zachován pro úhradu poskytovatelům akutní lůžkové péče mechanismus paušální úhrady podmíněné produkcí měřenou DRG .

Růst úhrad v akutní lůžkové péči má za cíl zajistit poskytovatelům zdravotních služeb dostatek finančních prostředků k pokrytí navýšení osobních nákladů v souvislosti s růstem platů a mezd a s růstem příplatků za směnnost o 2 000 Kč.

Bod 3.2:

Pro výkony č. 00031 a 00032 podle seznamu výkonů (pobyt průvodce pojištěnce), vyjmuté z platby případovým paušálem, se stanoví paušální sazba za ošetrovací den ve výši 447 Kč oproti stávajícím 406 Kč. Navýšení je shodné s navýšením minimální sazby za tento typ ošetrovacího dne v následné lůžkové péči.

Bod 3.5 (i):

Pro rok 2018 byl oproti minulým rokům zvolen variabilní růst úhrad. K tomuto mechanismu Ministerstvo zdravotnictví přistoupilo na základě hlubší analýzy dat jednotlivých poskytovatelů, tak aby bylo navýšení úhrad spravedlivé a skutečně pokrylo potřebné navýšení úhrad v souvislosti růstem platů a mezd o 10 %. Navýšení úhrady za případový paušál (tzv. individuální paušální úhrada) je navázáno na výši individuální základní sazby s tím, že čím nižší sazba, tím vyšší růst úhrad. Tento mechanismus byl zvolen z toho důvodu, že individuální základní sazba má významnou negativní korelaci s procentem osobních nákladů jednotlivých poskytovatelů a navázání růstu úhrady na tuto sazbu tudíž lépe koresponduje s potřebou finančních prostředků na zvýšení platů a mezd. Další dopad tohoto mechanismu je také částečné sblížení individuálních základních sazeb.

Po technické stránce je variabilní růst popsán funkcí arkustangens a v závislosti na výši individuální základní sazby růst činí 11,2 % až 14,2 % proti roku 2016, což by mělo zajistit všem poskytovatelům zdravotních služeb dostatečné navýšení úhrad pro zajištění růstu platů a mezd o 10 %.

Zmíněná individuální paušální úhrada je jako v minulých letech podmíněna produkcí měřenou DRG. Konkrétně pokud se produkce měřená redukováným casemixem (součtem relativních vah jednotlivých případů zařazených do příslušné skupiny vztažené k diagnóze) v roce 2018 rovná alespoň 95 % produkce referenčního období, obdrží od zdravotní pojišťovny plnou výši individuální paušální úhrady. Dosáhne-li nemocnice poměrně nižší úrovně produkce, bude její individuální paušální úhrada ve stejné proporci snížena. Od celkové úhrady se odečítají náklady za zdravotní službu vyžádanou u jiných poskytovatelů, jelikož nemocnice dostává za hospitalizovaného pacienta prostředky na jeho vyléčení formou případového paušálu a pokud si takto zdravotní službu vyžádá, zdravotní pojišťovna ji musí uhradit u toho poskytovatele, kde byla vyžádána, a hradila by ji de facto dvakrát. Referenčním obdobím je stanoven rok 2016, neboť se jedná o z pohledu úhrad uzavřený rok.

Výpočet redukováného casemixu zahrnuje ochranu proti účelovému chování poskytovatele (výběru pouze pacientů s vysokou hodnotou casemixu vůči reálným nákladům (Cobb_douglasova funkce) či dokonce přímo účelovému chování (upcoding) a překládání pacientů k poskytovatelům následné lůžkové péče nebo na oddělení následné lůžkové péče téhož poskytovatele nebo překládání pacientů k jiným poskytovatelům akutní lůžkové péče (unbundling)).

Cobb-douglasova funkce - pravidlo je stanoveno tak, že pokud se průměrná obtížnost případu (měřená jako celkový casemix dělený počtem případů) v roce 2018 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 5 %, dostane se poskytovatel do pásma plynulé degrese. V případě, kdy je koeficient poměru počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese menší nebo roven 0,01, dostane se poskytovatel do plynulé degrese až pokud se celkový casemix dělený počtem případů v roce 2018 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 15 %. Tímto opatřením se zohledňují větší výkyvy casemixu v jednotlivých letech u zdravotních pojišťoven, které mají malé zastoupení pojištěnců v daném okrese, tzn. několik nákladnějších pojištěnců může navýšit významně casemix, aniž by docházelo k účelovému chování.

Unbundling - Jelikož u malého počtu překladů pacientů může vychýlení z referenčních hodnot způsobit velmi výrazné snížení casemixu, aniž by docházelo k účelovému chování (unbundlingu), regulace za takové překlady se bude nově uplatňovat pouze v případě, že je počet překladů v referenčním nebo hodnoceném období větší než 100 nebo pokud je počet případů, které jsou překládány, větší nebo roven 10 % z celkového počtu případů u dané zdravotní pojišťovny.

Bod 3.5 (ii):

Pokud poskytovatel, který má současně statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče, centra vysoce specializované kardiovaskulární péče a centra vysoce specializované onkologické péče podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, má individuální základní sazby menší než 35 500 Kč, vypočítá se referenční úhrada, od které se odvíjí paušální úhrada pro tyto poskytovatele na rok 2018 na základě této minimální základní sazby. V případě, že poskytovatel nesplňuje podmínky uvedené ve větě první, ale má statut centra vysoce specializované onkologické péče a zároveň statut centra vysoce specializované traumatologické péče pro děti a zároveň statut centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče nebo vysoce specializované péče o pacienty s iktem podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, potom se minimální základní sazba stanoví ve výši 32 500 Kč. U ostatních poskytovatelů se minimální sazba stanoví ve výši 26 000 Kč. Pomocí tohoto opatření dojde k částečnému sblížení individuálních základních sazeb. U poskytovatelů, kteří mají statut center vysoce specializované cerebrovaskulární péče, vysoce specializované kardiovaskulární péče a vysoce specializované onkologické péče (nebo alespoň statut centra vysoce specializované onkologické péče, centra vysoce specializované traumatologické péče a iktového centra, které představuje nižší stupeň komplexnosti než cerebrovaskulární centrum) a poskytují tedy vysoce specializovanou, komplexní a velmi nákladnou péči, je cílem zohlednit vyšší nákladovost zdravotních služeb a sblížit úhrady zejména napříč zdravotními pojišťovnami. Výjimkou jsou popáleninová centra, která budou zvýhodněna v rámci individuálně nasmlouvané složky úhrady.

Bod 3.5 (iii):

Jak bylo výše zmíněno, v případě nedosažení požadované produkce je individuální paušální úhrada snížena. Na druhé straně, v případě nadprodukce je část produkce uhrazena. Dosáhne-

li poskytovatel vyšší produkce než 104 % referenčního období, uplatní se na něj konkávní spojitá funkce nadprodukce, která hradí nadprodukcí ve snížené sazbě s tím, že čím vyšší nadprodukce, tím nižší sazba, kterou se produkce hradí. Zároveň je tato nadprodukce poměrně snížena, pokud poskytovatel nedosáhne požadovaného navýšení počtu globálních unikátních pojištěnců. Tímto opatřením dochází k zohlednění výkyvů produkce poskytovatele mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami a kompenzaci koncentrace nákladů u některých poskytovatelů zdravotních služeb. Na základě těchto opatření nebude ale uhrazena celá nadprodukce, ale pouze její část (variabilní náklady), z důvodu možného účelového chování poskytovatelů a umělého navyšování objemu produkce.

Bod 3.5 (iv):

Dále dochází k navýšení úhrady z důvodu kompenzace zvýšených osobních nákladů poskytovatelů zdravotních služeb v důsledku navýšení příplatku za směnnost sester o 2 000 Kč. Navýšení úhrady je technicky zajištěno pomocí úhrady za vykázané ošetrovací dny, přičemž různé typy ošetrovacích dnů jsou různě oceněny (v závislosti na jejich personální náročnosti). Tato úhrada je podmíněna vykázaním ošetrovacích dnů v hodnoceném období alespoň v hodnotě 80 % počtu dnů vykázaných v referenčním období. Tato nižší podmínka má za účel lépe garantovat navýšení prostředků na směnnost i při možném snížení produkce.

K § 4 a příloze č. 1, části A, bodu 4 a příloze č. 13

Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do DRG (Diagnosis-Related Groups) bazí vztahených k diagnóze uvedených v tabulce níže. Tímto opatřením zohledňujeme přesun nákladů spojený s přesunem pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami i poskytovateli při absenci koeficientů přechodu pojištěnců. S jednou výjimkou byly zachovány stejné DRG baze jako pro rok 2017, u kterých nehrozí riziko zneužití a umělé navyšování vykázaných zdravotních služeb. Minimální základní sazba zůstává na úrovni 27 000 Kč.

Podobně jako u individuální paušální úhrady je navýšení úhrad variabilní v závislosti na výši individuální základní sazby a i zde dochází k navýšení úhrad za vykázané ošetrovací dny z důvodu kompenzace nákladů spojených s navýšením příplatků za směnnost sester. Čím nižší je individuální základní sazba, tím vyšší je procentuální růst úhrad.

Zmíněnou výjimkou v seznamu bazí vyjmutých z případového paušálu tvoří nově přidané baze těžkých transplantací srdce, plic a jater, u nichž je úhrada stanovena jednotnou základní sazbou ve výši 63 000 Kč, která pokrývá vysoké náklady spojené s transplantacemi.

DRG baze	Název skupiny
0001	TRANSPLANTACE SRDCE A/NEBO PLIC
0002	TRANSPLANTACE JATER
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, části A, bodu 5

V případě, že poskytovatel poskytne v referenčním nebo hodnoceném období hrazené služby 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, hradí se tyto hrazené služby výkonově

podle seznamu výkonů a pro rok 2018, se hodnota bodu zvyšuje na 1,18 Kč. Jedná se o stejný procentní nárůst úhrady, jako byl nastaven pro paušální úhradu akutní lůžkové péče.

K § 4 a příloze č. 1, části A, bodu 6

Úhrada ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) v roce 2018 bude společně s případovým paušálem a úhradou vyčleněnou z případového paušálu zajišťovat potřebný růst úhrady k pokrytí navýšení osobních nákladů v souvislosti s růstem tarifní složky platů pracovníků ve zdravotnictví o 10 %. Při splnění produkčních ukazatelů bude navýšení úhrady oproti roku 2016 ve výši 12,4 % (cca 6 % proti roku 2017). Produkci jsou v ambulancích myšleny počty bodů za výkony násobené hodnotou bodu (různou podle odborností) a zvláště účtované korunové položky.

Pro rok 2018 dochází v mechanismu úhrady k několika změnám. Tou nejpodstatnější je nahrazení prostého stropu úhrady maximem tří hodnot, kde každá z nich je násobena zmíněným nárůstem 12,4 %.

- První z těchto hodnot je strop úhrad referenčního období plněný ambulantní produkcí – tato varianta je vhodná pro poskytovatele, kteří mají přečerpaný strop úhrad a kterým tak stačí i nižší produkce k dosažení plné úhrady.
- Druhou z hodnot tvoří nově ambulantní paušál, který funguje podobně jako případový paušál v akutní lůžkové péči. Poskytovatel pro dosažení plné úhrady musí naplnit produkci referenčního období. V případě jejího nedosažení se úhrada poměrně krátí. Tato varianta je vhodná pro poskytovatele, u nichž hodnota produkce odpovídá výši úhrady.
- Třetí z hodnot je rozdělená produkce a úhrada na ambulantní komplement a ostatní ambulantní péči. Při této možnosti poskytovatel musí naplnit buď strop úhrad, nebo paušální ambulantní úhradu (analogicky k předchozím bodům) zvláště pro komplement a pro ostatní péči. Výměnou za rozdělení produkce získá poskytovatel možnost využít navýšení úhrady za nedočerpanou péči v akutní lůžkové péči. Tuto nedočerpanou úhradu může naplnit ambulantní produkcí v ne-komplementární části ambulancí. Je tedy podpořen přesun péče z lůžkové do ambulantní části. Dále získá poskytovatel možnost využít nadprodukce, opět v ne-komplementární části ambulancí, a to od 104 % do 114 % produkce referenčního období uhrazené ze 75 % a podmíněné růstem unikátních pojištěnců. Tyto regulace by měly poskytovateli kompenzovat zvýšené náklady spojené s vyšší produkcí, ale současně nemotivovat k účelovému poskytování zbytečných vyšetření.

Je nutné zdůraznit, že poskytovatel si aktivně nevybírá ze zmíněných tří možností – místo toho si spočítá úhradu ve všech variantách a dostane uhrazeno tu nejvyšší z nich. K vyšší segmentaci tak dochází pouze, pokud to je pro poskytovatele finančně výhodné.

Další změnou je vyjmutí zdravotních služeb, které jsou u poskytovatelů ambulantních služeb mimo nemocnice poskytovatelů hrazeny výkonově bez limitací, z ambulantního paušálu. Tyto služby tak jsou nově hrazeny stejným způsobem u všech poskytovatelů bez ohledu na to, zda

se jedná o nemocniční nebo mimo-nemocniční poskytovatele ambulantních služeb. V návaznosti na to bylo zavedeno několik nových regulačních mechanismů pro tyto druhy péče, které kopírují regulace v mimo-nemocniční ambulantní sféře. Současně je vyjmut i nový bonifikační výkon urgentního příjmu, pro který je stanovena hodnota bodu ve výši 1 Kč.

Hodnoty bodu u ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče se stanoví ve stejné výši jako u mimo nemocničních ambulancí. Nedochozí k uplatnění úhradových mechanismů (maximálního stropu podle průměrné úhrady na unikátního pojištěnce příp. snížené výsledné hodnoty bodu) z jednotlivých příloh. Dále z důvodu podpory nepřetržité péče a snahy zohlednit vyšší fixní náklady, bude poskytovatelům, kteří poskytují nepřetržitou péči alespoň 16 hodin 7 dní v týdnu v laboratoři a na radiodiagnostickém oddělení, náležitě navýšení úhrady ve výši 0,05 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný bod (započteno do regulací).

V souladu s Usnesením vlády ČR č. 466/2010 a č. 76/2015, aby laboratorní screeningová vyšetření novorozenců byla prováděna u všech novorozenců narozených na území ČR (Věstníku MZ ČR č. 6/2016) a podpory novorozeneckých laboratorních screeningů jako rychlé diagnostiky vzácných onemocnění, která umožňuje včasnou léčbu novorozenců, se nezahrne novorozenecký laboratorní screening do regulace na vyžádanou péči ani maximální úhrady a tyto výkony budou hrazeny podle seznamu výkonů bez limitu.

K § 4 a příloze č. 1, části B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka, hospice) bude v roce 2018 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace. Paušální sazba v roce 2018 bude stanovena jako 106,5 % paušální sazby v roce 2017, zároveň však nemůže být nižší než minimální paušální sazby stanovené pro každý ošetrovací den a kategorii pacienta a vyšší než maximální paušální sazby za ošetrovací den. Navýšení o 6,5 % má za cíl alokovat poskytovatelům dostatečné finanční prostředky pro pokrytí nárůstu platů a mezd. Stanovením maximálních a minimálních hodnot dojde k sblížení paušální sazby mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli.

Dále dochází k navýšení paušální sazby za ošetrovací den, které je určeno na pokrytí nákladů spojených s navýšením příplatků za směnnost o 2 000 Kč.

Výkony následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a následné ventilační péče budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč. U těchto typů ošetrovacích dnů nově dochází ke stanovení hodnoty bodu a to v souvislosti s tím, že tyto výkony jsou nově zařazeny do seznamu zdravotních výkonů. Současně je v hodnotě bodu zohledněn růst platů a mezd a navýšení příplatků za směnnost.

Na základě nálezu Ústavního soudu publikovaného pod č. 8/2017 Sb., navrhovaná vyhláška již nestanoví úhradu ošetrovatelské péče poskytované na základě zvláštní smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

U poskytovatelů zvláštní ambulantní péče nedochází k výrazným změnám v úhradových mechanismech. Regulační omezení je opět nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte

jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období. Index navýšení je pro rok 2018 nastaven na 1,32, tzn. růst průměrné úhrady o 32 % oproti roku 2016. Tento index zohlední navýšení minutové režijní sazby v seznamu výkonů u všeobecných sester v sociálních službách na úroveň odbornosti domácí zdravotní péče a také navýšení platů o 12 % oproti roku 2016, resp. 6 % oproti roku 2017.

Dále je navýšena hodnota bodu o 3 % z 1,02 Kč na 1,05 Kč tak, aby při stejné produkci poskytovatelé dosáhli na potřebné navýšení finančních prostředků na platy. Dále je nově do úhradového mechanismu u poskytovatelů zvláštní ambulantní péče zakomponována minimální hodnota bodu ve výši 0,52 Kč, tzn. úhrada za tyto služby nemůže pod tuto hodnotu v roce 2018 klesnout. Výše této hodnoty je stanovena podle fixní složky úhrady z úhradové vyhlášky na rok 2015, která je navýšena o stejné procento jako hodnota bodu za roky 2015 až 2018.

V případě menšího počtu ošetřených pacientů, se může průměrná úhrada v referenčním období výrazně lišit od průměrné úhrady v hodnoceném období, proto se v případech, kdy je ošetřeno 30 a méně pojištěnců, výše zmíněný regulační mechanismus nepoužije.

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.

Pro praktické lékaře jsou nastaveny pro rok 2018 tři základní kapitační platby ve výši 54 Kč, 50 Kč a 48 Kč navázané na ordinační dobu. Kapitační platba bude navýšena o 1 Kč u poskytovatele, který předloží Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost a bude na svém pracovišti školit lékaře v rámci vzdělávacího programu pro obor praktický lékař pro dospělé nebo praktického lékařství pro děti a dorost. Toto opatření se zavádí z důvodu snahy o zvýšení zájmu praktických lékařů o výchovu svých budoucích kolegů a také s ohledem na stárnutí v současné době ordinujících praktických lékařů. Kapitační platba bude navýšena dále o 0,5 Kč, pokud praktický lékař pro dospělé provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let (v tomto věku je ze zákona hrazen větší rozsah preventivních vyšetření). Cílem tohoto opatření je i nadále motivovat poskytovatele, aby se aktivně starali o své pacienty. Zároveň je zavedeno částečné snížení kapitační platby za pacienty, které praktický lékař za posledních 36 měsíců nevyšetřil. Tento mechanismus by měl motivovat praktické lékaře k adresnému zvaní svých pacientů na preventivní prohlídky a poskytování komplexní péče svým pacienty.

Mezi výkony hrazené zvýšenou hodnotou bodu je nově zařazen výkon č. 01201 podle seznamu výkonů – péče o stabilizovaného kompenzovaného diabetika 2. typu praktickým

lékařem. Tato změna by měla motivovat praktické lékaře k rozšíření péče o stabilizované diabetiky, kteří nevyžadují specializovanou péči.

Oproti roku 2017 dochází ke zvýšení hodnoty bodu pro výkony prevence pro praktické lékaře pro děti a dorost z 1,14 Kč na 1,16 Kč za bod. Ke zvyšování hodnot bodu u těchto výkonů dochází z důvodu snahy posilovat mimokapitační složku úhrady, která motivuje praktické lékaře pro děti a dorost k aktivnímu přístupu ke svým registrovaným pacientům.

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 905 (zrakový terapeut), 919 (adiktologie) a 927 (ortoptista) podle seznamu výkonů.

V segmentu ambulantních specialistů nedochází ke změnám v úhradových mechanismech oproti roku 2017. Regulační omezení je opět nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a indexem 1,015, který umožní přirozený růst segmentu. Takto zvolený úhradový mechanismus motivuje poskytovatele zdravotních služeb k zvyšování efektivity v poskytování hrazených zdravotních služeb. Tento úhradový mechanismus při nezměněné produkci nesnižuje úhradu, ke snížení úhrady dochází pouze v případě zvýšení průměrné úhrady na unikátního pojištěnce oproti referenčnímu období. Pokud ale dojde ke změně struktury péče (nově nasmlouvané výkony atd.), která by mohla vychylovat průměrnou úhradu od referenční průměrné úhrady, zdravotní pojišťovna zohlednění tuto změnu ve výpočtu a k regulaci úhrady nedojde. Pokud úhrada za mimořádně nákladné pojištěnce (pětinásobek průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období) v hodnoceném období převyšuje úhradu za mimořádně nákladné pojištěnce v referenčním období, bude poskytovateli tato úhrada zaplacená.

Dochází k vyčlenění služeb v odbornostech 305, 306, 308 a 309 z regulace maximální úhradou a stanovení hodnoty bodu na 1,05 Kč z důvodu zvýšení kvality psychiatrické péče v České republice v souladu s reformou psychiatrie.

Z důvodu podpory screeningů karcinomu kolorekta a adresného zvaní pacientů dochází k navýšení hodnoty bodu z 1,03 Kč na 1,08 Kč.

V případě menšího počtu ošetřených pacientů (50 a méně unikátních pojištěnců), se může průměrná úhrada v referenčním období výrazně lišit od průměrné úhrady v hodnoceném období, proto se v takových případech výše zmíněný regulační mechanismus nepoužije.

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 (gynekologie a porodnictví) a 604 (dětská gynekologie) podle seznamu výkonů.

Segment poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb došel v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven. Poskytovatelé ambulantních gynekologických služeb se dohodli, že maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce je omezena průměrnou úhradou v referenčním období a zároveň je poskytovateli umožněn růst úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ve výši 102 % průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v referenčním období. Zároveň dochází k vyčlenění úhrady zvláště účtovaných léčivých přípravků použitých v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u 13 – 14letých chlapců i dívek mimo výpočet celkové úhrady.

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 cenami těchto výkonů. Text v této příloze vychází z dohody z dohodovacího řízení.

K navýšení úhrad došlo u tohoto kódu:

- 00922 Ošetření zubního kazu – dočasný zub ze 176 Kč na 390 Kč.

Došlo k vytvoření nových výkonů:

- 00918 Ošetření zubního kazu u dětí do 15 let a u těhotných a kojících žen – stálý zub
- 00948 Zajištění suturou v rámci výkonu extrakce

U výkonů, kterých se dotýká nařízení Evropské komise o zákazu použití nedozovaného amalgámu u dětí do 15 let a u těhotných a kojících žen – došlo k úpravě textu dohody, neboť by, tak jak je navržen, odporoval schválené změně zákona.

Dále dochází pouze k technickým změnám v textu některých výkonů nebo regulačních omezení.

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 (transfúzní lékařství), 801 (klinická biochemie), 802 (lékařská mikrobiologie), 806 (mamografický screening), 807 (patologická anatomie), 808 (soudní lékařství), 809 (radiologie a zobrazovací metody), 810 (radiologie a zobrazovací metody – skupina 1), 812 až 823 (laboratoř) podle seznamu výkonů).

Část znění vyhlášky pro poskytovatele ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech vychází z parciální dohody s poskytovateli radiodiagnostických služeb a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení zbývající část přílohy č. 5 byla stanovena

s ohledem na možnosti systému veřejného zdravotního pojištění. Do parciální dohody muselo být zasaženo, jelikož výkon č. 89312 (dvoufotonová kostní denzitometrie) byl překalkulován v seznamu zdravotních výkonů podle reálných cen (pokles počtu bodů o cca 25 %). Hodnota bodu byla stanovena na 1,03 Kč z důvodu toho, aby došlo ke sjednocení úhrad za tento výkon napříč odbornostmi, které tento výkon vykazují (odbornost 101, 104 a 110).

Pro rok 2018 bude zachován stávající systém úhrad, regulačních omezení a koeficient navýšení, pro rok 2018 je koeficient nastaven na 1,02. Měsíční zálohy hrazené poskytovateli jsou stanoveny s ohledem na tento koeficient.

Dále dochází ke zvýšení hodnoty bodu odborností 802 (lékařská mikrobiologie) a 816 (laboratoř lékařské genetiky) z důvodu kultivace výkonů v seznamu výkonů.

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 (všeobecná sestra), 914 (psychiatrická sestra), 916 (nutriční terapeut), 921 (porodní asistentka) a 925 (sestra domácí zdravotní péče) podle seznamu výkonů.

Regulační omezení je opět nastaveno na maximální úhradě, která se vypočte jako počet unikátních pojištěnců násobených průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období a dále násobeno indexem navýšení 1,02. Tento úhradový mechanismus při nezměněné produkci nesnižuje úhradu, ke snížení úhrady dochází pouze v případě zvýšení průměrné úhrady na unikátního pojištěnce oproti referenčnímu období. Pokud ale dojde ke změně struktury péče (nově nasmlouvané výkony atd.), která by mohla vychylovat průměrnou úhradu od referenční průměrné úhrady, zdravotní pojišťovna zohlednění tuto změnu ve výpočtu a k regulaci úhrady nedojde. Dále dochází k vyčlenění péče o pacienty v terminálním stavu u odbornosti 925 podle seznamu výkonů z maximální úhrady (po dobu 30 dnů u dospělých pacientů a po dobu 90 u dětských pacientů), tak aby byla podpořena možnost péče o pacienty v terminálním stavu v domácí péči.

V případě menšího počtu ošetřených pacientů, se může průměrná úhrada v referenčním období výrazně lišit od průměrné úhrady v hodnoceném období, proto se v případech, kdy je ošetřeno 50 a méně pojištěnců, výše zmíněný regulační mechanismus nepoužije.

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 (fyzioterapeut) a 917 (ergoterapeut) podle seznamu výkonů.

V odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů dochází k nastavení indexu navýšení na 1,02. Kromě změny indexu dochází v tomto segmentu k zavedení obdobného mechanismu úhrady péče za mimořádně nákladné pacienty jako v případě ambulantní specializované péče, ale navázané na složité a velmi náročné diagnózy. Jedná se o snahu podpořit péči o

komplikované pacienty, kteří vyžadují opakované a finančně náročné ošetření, které významně překračuje průměrnou finanční náročnost péče o pacienty.

K § 12

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče.

U segmentu zdravotnické záchranné služby ministerstvo nastavilo hodnotu bodu pro zdravotní výkony z 1,13 na 1,15 Kč za bod a pro dopravní výkony hodnota bodu ve výši 1,12 Kč za bod. K navýšení dochází z důvodu zajištění dostatečného růstu na pokrytí zvýšených osobních nákladů z důvodů navýšení tarifní složky platu o 10 % podle chystané novely nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.

U přepravy pacientů neodkladné péče nedochází ke změnám ve výši úhrad oproti roku 2017. Úhrada je v současné době již nastavena v dostatečné výši na pokrytí osobních nákladů.

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.

V segmentu zdravotnické dopravní služby dochází oproti roku 2017 ke zvýšení hodnoty bodu jak v případě poskytování zdravotnické dopravní služby v nepřetržitém provozu, tak v případě poskytování zdravotnické dopravní služby v jiném než nepřetržitém provozu. K navýšení hodnoty bodu dochází z důvodu dlouhodobé stagnace hodnoty bodu a i úhrad tohoto segmentu a zároveň z důvodu rostoucích mzdových nákladů.

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 obdobně jako v roce 2017. Úhrada je v současné době již nastavena v dostatečné výši na pokrytí zvýšených nákladů.

K § 15

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

Úhrada za jeden den pobytu jak pro komplexní, tak pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro dospělé bude stanovena ve výši úhrady v roce 2017. Úhrady v tomto segmentu v posledních letech rostly více než průměrným tempem, proto zde není potřeba dalšího navyšování úhrad. Navíc tito poskytovatelé mohou ve velké míře využívat možnost poskytování svých služeb samoplátcům a tím si výrazně navýšit příjmy.

Úhrada za jeden den pobytu jak pro komplexní, tak pro příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči pro děti a dorost bude navýšena o 6 % oproti roku 2017. Nejedná se o zařízení, která mají možnost zvýšit svoje příjmy ze zvýšení cen pro samoplátce, jelikož v tomto segmentu je pouze minimum samoplátců. Zařízení jsou tedy v plné míře závislé na úhradách od zdravotních pojišťoven.

V případě ozdravoven je stanovena výše úhrady za jeden den pobytu stejná jako v roce 2017. Dále je stanovena úhrada za pobyt průvodce pacienta, jelikož zákon jednoznačně stanovuje, že u poskytovatele lůžkové péče je pobyt průvodce hrazenou službou za podmínek stanovených v zákoně.

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 je maximální výše úhrad atd.

K § 17

Stanoví se úhrada ve výši 13 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon výdeje léčivého přípravku na recept. Tento výkon může poskytovatel zdravotní pojišťovně vykázat nejvýše tolikrát, kolik položek na receptu předepsal v roce 2014 od jejích pojištěnců.

K § 18

Stanoví se úhrada ve výši 10 000 Kč za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 78890 podle seznamu výkonů (signální výkon indikace odběru orgánu nebo orgánů od zemřelého dárce). Tato úhrada se nezapočítává do výše úhrady za hrazené služby stanovené v příloze č. 1 vyhlášky. Stejně jako v roce 2017 tedy dochází k bonifikaci za odběr orgánů. Smysl tohoto výkonu je označit nemocnici, která provedla indikaci odběru orgánu nebo orgánů od zemřelého dárce. Úhrada za tento signální výkon má podpořit ty poskytovatele, kteří aktivně vyhledávají možné dárce a přispívají k rychlé indikaci a včasnému poskytnutí orgánu příjemci.

K § 19

Stanoví se hodnota bodu pro odbornost 005 – nemocniční lékárenství ve výši 1 Kč, stejně jako v roce 2017.

K § 20

V souvislosti se zavedením nové odbornosti 926 – Domácí péče o pacienta v terminálním stavu je potřeba stanovit hodnotu bodu nových výkonů a zároveň stanovit regulační omezení této nové odbornosti. Dochází ke stanovení hodnoty bodu nově navržených výkonů ve výši 1 Kč za bod do 30 dnů u dospělých pacientů a do 90 dnů u dětských pacientů, následně je výkonům po stanoveném limitu stanovena hodnota bodu 0,50 Kč za bod. Snížená hodnota

bodů je stanovena tak, aby odpovídala průměrným úhradám za pacienta v terminálním stavu u odbornosti 925.

Z hlediska klinických potřeb pacienta rozlišuje paliativní medicína péči obecnou a specializovanou, přičemž obecná paliativní péče u relativně stabilních pacientů s nízkou symptomatickou zátěží je systémově dobře řešitelná spoluprací praktického lékaře (s návštěvní službou), ambulantních specialistů včetně samostatné odbornosti paliativní medicína a agentur domácí ošetrovatelské péče.

Výkony nové odbornosti jsou poskytovány nemocným, kteří potřebují specializovanou paliativní péči a odhadovaná délka dožití je v týdnech, nejvýše jeden měsíc, resp. 3 měsíce u dětí. Z tohoto důvodu byla zvolena po tomto časovém období redukovaná hodnota bodů, aby nedocházelo ke zneužívání vykazování těchto výkonů i u pacientů, kteří nepotřebují specializovanou paliativní péči.

K § 21

V souladu se zmocněním se stanoví hodnoty bodů, výše úhrad a regulačních omezení na celý kalendářní rok, a proto se nabytí účinnosti této vyhlášky stanoví k 1. lednu 2018.