

VYHLÁŠKA

č. 546/2005 Sb.

ze dne 21. prosince 2005,

kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 11 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 459/2000 Sb. (dále jen „zákon“):

§ 1

Tato vyhláška stanoví v případech, kdy výsledkem dohodovacího řízení podle § 17 odst. 8 zákona není dohoda, nebo kde dohoda odporuje veřejnému zájmu

- a) výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení
1. poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných a zdravotnických zařízení vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami¹⁾ (dále jen „seznam výkonů“),
 2. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících hemodialyzační péči,
 3. poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost,
 4. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči,
 5. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801 až 807, 809 a 812 až 823 podle seznamu výkonů,
 6. domácí zdravotní péče poskytované ambulantními zdravotnickými zařízeními,
 7. v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 902 a 918 podle seznamu výkonů.
 8. poskytované v rámci zdravotnické záchranné služby, dopravy a lékařské služby první pomoci
- b) výši úhrad při poskytování neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních.

§ 2

(1) Zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, s výjimkou zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů (dále jen „zařízení ústavní péče“), se hradí paušální sazbou.

¹⁾ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky č. 493/2005 Sb.

(2) Pokud zařízení ústavní péče poskytne zdravotní péči malému počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, odstavec 1 se nepoužije a poskytnutá zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů. Cena bodu stanovená pro 1. pololetí 2001 zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.²⁾ Malým počtem pojištěnců se rozumí 100 a méně pojištěnců.

(3) Postup výpočtu paušální sazby podle odstavce 1 a regulační omezení, se stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

(4) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu ve výši stanovené v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 3

(1) Výše úhrady zdravotní péče v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, se pro 1. pololetí 2006 stanoví paušální sazbou.

(2) Postup výpočtu paušální sazby podle odstavce 1 a regulační omezení, se stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

(3) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu ve výši 103 % z jedné šestiny úhrady poskytnuté v referenčním období.

§ 4

(1) Hemodialyzační péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

(3) Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení k nárůstu počtu pojištěnců, vyžadujících neodkladnou dialyzační léčbu, oproti referenčnímu období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, je zdravotní pojišťovna oprávněna, po projednání se zdravotnickým zařízením, nárůst počtu pojištěnců zohlednit v úhradě.

(4) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu

- a) ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, popřípadě zdravotní pojišťovnou uznané, zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo
- b) ve výši nejméně jedné šestiny celkového objemu úhrady v referenčním období

příčemž způsob předběžné úhrady podle písmene a) nebo písmene b) bude zachován v celém pololetí.

²⁾ Čl. II zákona č. 459/2000 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 1 bod B 1 nařízení vlády č. 487/2000 Sb., kterým se stanoví hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2001.

³⁾ § 17 odst. 11 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.

(5) Celková úhrada podle odstavce 1, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

(6) Regulační omezení se stanoví v příloze č. 3 k této vyhlášce.

§ 5

(1) Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost se v 1. pololetí 2006 hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením

- a) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou,
- b) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace, nebo
- c) podle seznamu výkonů.

(2) Výše kapitačně výkonové platby podle odstavce 1 písm. a) se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců násobeného základní sazbou smluvně dohodnutou se zdravotnickým zařízením pro 2. pololetí 2005 navýšenou o 3 %.

(3) Výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 1 písm. a) a b) se hradí podle seznamu výkonů, přičemž cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

(4) Výše kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace podle odstavce 1 písm. b), včetně úhrady za výkony hrazené mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce, se vypočte podle odstavce 2 a 3.

(5) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 písm. c), sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

(6) Způsob dorovnání kapitace podle odstavce 1 písm. b) a regulační omezení úhrady podle odstavce 1 písm. a), b) a c) se stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.

(7) Celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce podle odstavce 3, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 6

(1) Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaných zdravotnických prostředků,

s omezením maximální úhradou na unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v hodnoceném pololetí daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti.

(2) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v příslušném pololetí alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec daným zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát.

(3) Referenčním obdobím je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku.

(4) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

(5) Výše úhrady podle odstavce 1, včetně regulačních omezení, se stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

(6) Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu

- a) ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, popřípadě zdravotní pojišťovnou uznané, zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo
 - b) ve výši nejméně jedné šestiny 100 % objemu úhrady v referenčním období
- přičemž způsob měsíční úhrady podle písm. a) nebo písm. b) bude zachován v celém pololetí.

§ 7

(1) Zdravotní péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 222, 801 až 807, 809 a 812 až 823 podle seznamu výkonů se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením

- a) paušální sazbou, nebo
- b) podle seznamu výkonů.

(2) U zdravotnických zařízení, kde v důsledku výrazně kolísavého objemu poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, kdy zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, péči statisticky nevýznamnému počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, není možno objektivně stanovit pro jednotlivé zdravotní pojišťovny paušální sazbu podle odstavce 1 písm. a), se poskytnutá zdravotní péče hradí podle seznamu výkonů. Cena bodu pro odbornost 809 a pro odbornosti 222, 801 až 805, 807, 812 až 819, 822 a 823 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾ Statisticky nevýznamným počtem pojištěnců se rozumí méně než 75 unikátních ošetřených pojištěnců.

(3) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 písm. b) sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

(4) Postup stanovení paušální sazby podle odstavce 1 písm. a), výše úhrady podle odstavce 1 písm. a) a b) a regulační omezení se stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 8

(1) Domácí zdravotní péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními (dále jen „domácí péče“) se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaných zdravotnických prostředků, podle typu provozu zdravotnického zařízení:

- a) do limitu času nositele výkonu 8 hodin na kalendářní den, je-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu, nebo
- b) do limitu času nositele výkonu 8 hodin na pracovní den, není-li zdravotní péče poskytována 7 dní v týdnu.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2003 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

(3) Celková úhrada podle odstavce 1, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 9

(1) Zdravotní péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 902 a 918 podle seznamu výkonů se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2003 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

(3) Zdravotní pojišťovny mohou smluvním zdravotnickým zařízením stanovit pro příslušné čtvrtletí měsíční úhradu ve výši 100 % objemu úhrady referenčního období, kterým je odděleně odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku.

(4) Celková úhrada podle odstavce 1, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady v referenčním období, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 10

(1) Zdravotní péče poskytovaná v rámci zdravotnické záchranné služby v odbornosti 709 podle seznamu výkonů, se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

§ 11

(1) Zdravotní péče poskytovaná v rámci dopravy se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

(3) Celková úhrada podle odstavce 1, která bude činit nejvýše 103 % celkové úhrady v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 12

(1) Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 sjednaná pro 2. pololetí 2005 a uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.³⁾

§ 13

(1) Úhrada neodkladné zdravotní péče, není-li uzavřena smlouva mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, se provádí za poskytnuté zdravotní výkony takto:

- a) stomatologická ambulantní péče se hradí podle sazeb platných pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři v 1. pololetí 2006,
- b) ostatní zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů a zdravotní pojišťovna může na základě zákona⁴⁾ uplatnit regulační omezení obdobně jako u smluvních zdravotnických zařízení.

(2) Cena bodu pro úhradu zdravotní péče podle odstavce 1 písm. b) stanovená pro 1. pololetí 2001 zůstává v platnosti pro 1. pololetí 2006.²⁾

§ 14

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2006.

⁴⁾ § 40 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

**Postup výpočtu paušální sazby a regulační omezení
podle § 2 odstavce 3**

A) Postup výpočtu paušální sazby

Paušální sazba se stanoví podle vzorce:

$$PS = \{ [(CÚ_{ref} - ÚZÚLM_{ref}) + 0,98 \times ÚZÚLM_{ref}] \times 1,03 \} \times Ks \times Kpv \\ + MNP + PCN$$

kde:

PS paušální sazba pro příslušné kalendářní pololetí

CÚ_{ref} celková úhrada náležející zařízení ústavní péče za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, s výjimkou regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Do této úhrady se zahrne péče, která byla zdravotnickým zařízením v referenčním období poskytnuta, vykázána nejpozději s vyúčtováním za měsíc listopad 2005 a zdravotní pojišťovnou uznána.

Do celkové úhrady v referenčním období se započítává:

- úhrada za zdravotní výkony, které byly v referenčním období hrazeny výkonově, s výjimkou mamografického screeningu,
- úhrada za nové kapacity, v případě, že byly pro referenční období sjednány.

Do celkové úhrady v referenčním období se nezapočítává:

- úhrada zdravotní péče, která je hrazena jinak, nebo kterou již zdravotnické zařízení neposkytuje,
- dopad finančního vypořádání regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků uplatněný za referenční období.

ÚZÚLM_{ref} objem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných zvláště účtovaných léčivých přípravků, včetně zvláště účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvláště účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období (viz bod B) 1. a 6.)

Ks koeficient stabilizace

$$\mathbf{Ks} = 1 + ((\mathbf{ZZF} - \mathbf{ZM}) / \mathbf{VD}) \times 0,3$$

$$\mathbf{ZM} = (\mathbf{VD} / 180) \times 10$$

kde:

ZZF údaj uvedený v řádku B.IV výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.9.2005

VD údaj uvedený v řádku A.III.1 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2005

ZM finanční rezerva příslušné zdravotní pojišťovny

Koeficient stabilizace (Ks) bude uplatněn pouze tehdy, pokud bude $\mathbf{ZZF} > \mathbf{ZM}$.

Kpv koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

MNP nárůst objemu vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané mimořádně nákladné zdravotní péče poskytnuté v 1. pololetí 2006 oproti referenčnímu období. Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se pro účely této vyhlášky rozumí zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením pojištěnci, jejíž objem přesáhne částku 1 000 000 Kč. Do objemu zdravotní péče se započítávají zvláště účtované léčivé přípravky, zvláště účtovaný materiál a bodová hodnota zdravotních výkonů podle seznamu výkonů vynásobená cenou bodu stanovenou pro 1. pololetí 2001.²⁾

PCN podíl připadající na konkrétní zdravotnické zařízení za zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště účtovaný materiál poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou v referenčním období

Měsíční úhrada se stanoví podle vzorce:

$$\mathbf{MÚ} = \{ [(\mathbf{CÚ}_{\text{ref}} - \mathbf{ÚZÚLM}_{\text{ref}}) + 0,98 \times \mathbf{ÚZÚLM}_{\text{ref}}] \times 1,03 \times \mathbf{Ks} + \mathbf{PCN} \} / 6$$

kde:

MÚ měsíční úhrada

Výši měsíční úhrady zdravotní pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení do 15. 1. 2006. Vyúčtování měsíčních úhrad za 1. pololetí 2006 zdravotní pojišťovna předá zdravotnickému zařízení do 30.11.2006.

B) Regulační omezení

1. Úhrada ve výši stanovené v bodu A) náleží zdravotnickému zařízení poskytne-li alespoň 100 % objemu zdravotní péče v 1. pololetí 2006 vykázané zdravotnickým zařízením a uznané zdravotní pojišťovnou ve srovnání s referenčním obdobím, vyjádřené počtem bodů podle seznamu výkonů. Jiné doklady, například o spotřebě zvláště účtovaných léčivých přípravků nebo zvláště účtovaného materiálu, nebudou zdravotním pojišťovnám vykázány a nebudou podkladem pro vyúčtování.
2. Do počtu bodů za referenční období se nezapočítávají body za zdravotní péči, která již není v 1. pololetí 2006 poskytována.
3. Do počtu bodů za 1. pololetí 2006 se nezapočítávají body za zdravotní péči vykázanou a uznanou v rámci nové kapacity, pokud byla pro 1. pololetí 2006 smluvně dohodnuta.
4. V případě nižšího objemu vykázané a uznané zdravotní péče než je uvedeno v bodě 1, se výše úhrady podle bodu A) sníží o stejné procento, o jaké je nižší objem zdravotní péče vyjádřené počtem bodů podle seznamu výkonů.
5. Nové kapacity smluvně dohodnuté v 1. pololetí 2006 se hradí paušální platbou nejvýše do částky odpovídající 30 % celorepublikové průměrné pololetní platby zařízením stejného typu v referenčním období. Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíčně jednu šestinu částky vypočtené podle věty první.
6. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %. Celkový objem úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období se navýší o částku odpovídající předepsaným a zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení navíc poskytnutým léčivým přípravkům v referenčním období.
7. Pokud celková úhrada za vyžádanou péči v jiném zdravotnickém zařízení, v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 822 a 823 podle seznamu výkonů, v 1. pololetí 2006 převýší 100 % úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100 % úhrady za vyžádanou péči v jiném zdravotnickém zařízení v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije stanovená cena bodu.

Příloha č. 2 k vyhlášce č.546/2005 Sb.

Postup výpočtu paušální sazby a regulační omezení podle § 3 odstavce 2

A) Postup výpočtu paušální sazby

Paušální sazba se stanoví ve výši 103 % paušální sazby za ošetrovací den náležející zdravotnickému zařízení v 1. pololetí 2005 podle vyhlášky č. 50/2005 Sb., vynásobené koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

B) Regulační omezení

1. Úhrada podle bodu A) se poskytne za ošetrovací dny, vykázané na lůžkách, jejichž počet v 1. pololetí 2006 nepřekročí počet lůžek vykázaných příslušné zdravotní pojišťovně v referenčním období.
2. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převyší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.

Příloha č. 3 k vyhlášce č.546/2005 Sb.

Regulační omezení podle § 4 odstavce 6

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převyší 98 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.
2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převyší 100 % průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za vyžádanou péči v referenčním období nad 100 %. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije

cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Příloha č. 4 k vyhlášce č.546/2005 Sb.

Způsob dorovnání kapítace a regulační omezení podle § 5 odstavce 6

A) Způsob dorovnání kapítace:

1. Dorovnání kapítace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona.
2. Jednicovým registrovaným pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.
3. Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře.

B) Regulační omezení

1. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, se zohledněním věkových skupin, převýší 98 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.
2. Referenčním obdobím pro účely regulace je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku.
3. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převýší 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006, je zdravotní pojišťovna oprávněna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné polovině z překročení nad 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce. Tento regulační mechanismus se netýká péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci

řádného zástupu a nebude uplatněn v případě úhrady zdravotní péče podle § 5 odstavce 1 písm. c).

4. Pokud průměrná úhrada v 1., popřípadě ve 2. čtvrtletí 2006 za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho unikátního pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší 100 % průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním i hodnoceném období použije cena bodu sjednaná pro 2. pololetí 2005 uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.
5. Pokud průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči na jednoho ošetřeného neregistrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převýší o více než o 10 % průměrnou úhradu v referenčním období a zároveň o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony, nebo za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, nebo za vyžádanou péči, včetně zvláště účtovaných léčivých přípravků a zvláště účtovaného materiálu, v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823), může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradit částku odpovídající jedné čtvrtině z uvedeného překročení.

Příloha č. 5 k vyhlášce č.546/2005 Sb.

Výše úhrady podle § 6 odstavce 5

A) Výše úhrady

1. Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení se určí po ukončení hodnoceného pololetí jako součet maximálních úhrad pro dané zdravotnické zařízení za všechny odbornosti smluvně dohodnuté tímto zdravotnickým zařízením s příslušnou zdravotní pojišťovnou.
2. Maximální úhrada za odbornost se určí takto:

$$\text{MUo} = \text{POPzpo} \times [\text{PBPo} \times \text{CB} + (\text{PUZUMo} + \text{PUZULPo}) \times 0,98] \times 1,03$$

kde:

MUo	maximální úhrada za příslušnou odbornost
POPzpo	počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném pololetí
PBPo	průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti daným zdravotnickým zařízením v referenčním období
CB	cena bodu podle § 6 odstavce 4

PUZUMo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

PUZULPo průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

3. Maximální úhrada podle odstavce 1 a 2 se navýší koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.
4. Údaje o průměrných počtech bodů a průměrných úhradách za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce podle odborností dosažené zdravotnickým zařízením v referenčním období a počty unikátních pojištěnců ošetřených v daných odbornostech v referenčním období oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do 31.01.2006.
5. Omezení maximální úhradou podle odstavce 1 se nepoužije v případě, že v ambulantním zdravotnickém zařízení byl v referenčním nebo hodnoceném období ošetřen v některé odbornosti statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny popřípadě, že v referenčním období zdravotnické zařízení zdravotní péči v některé odbornosti neposkytovalo. Za statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se pro tyto účely považuje méně než 100 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v referenčním nebo hodnoceném pololetí v rámci jedné odbornosti, při smluvně dohodnutém úvazku lékaře, popřípadě hodnotě poměrného kapacitního čísla větší nebo rovno 1,00. Při smluvně dohodnutém úvazku lékaře menším než 1,00, popřípadě pokud je smluvně dohodnutá hodnota poměrného kapacitního čísla nižší než 1,00, se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočte příslušnou hodnotou úvazku, popřípadě hodnotou poměrného kapacitního čísla nižšího než 1,00.

B) Regulační omezení

1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, včetně léčivých přípravků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období nad 98 %.
2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 až 805, 807, 809, 812 až 823 na jednoho unikátního pojištěnce v 1. pololetí 2006, převýší 100 % průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení neuhradí částku odpovídající překročení nad 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči v referenčním období. Pro účely stanovení výše celkové úhrady podle věty první se pro výkony vyžádané péče v referenčním období použije cena

bodů platná v referenčním období a v hodnoceném období cena bodů sjednaná pro 2. pololetí 2005 uveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Příloha č. 6 k vyhlášce č.546/2005 Sb.

**Postup stanovení paušální sazby, výše úhrady a regulační omezení
podle § 7 odstavce 4**

A) Postup stanovení paušální sazby

1. Čtvrtletní paušální sazba se stanoví podle vzorce:

$$PS = [(CÚ_{ref} - ÚZÚLM_{ref}) + 0,98 \times ÚZÚLM_{ref}] \times Kpv$$

kde:

PS paušální sazba pro příslušné čtvrtletí

CÚ_{ref} celková úhrada zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací

ÚZÚLM_{ref} objem úhrady veškerých zvlášť účtovaných léčivých přípravků, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků schválených revizním lékařem, a zvlášť účtovaného materiálu, poskytnutých v referenčním období, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou

Kpv koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců. Výpočet a uplatnění koeficientu je stanoven v příloze č. 7 k této vyhlášce.

2. U zdravotnických zařízení, která zajišťují péči v odbornosti 809 i v laboratorních odbornostech, se stanoví zvlášť paušální sazba pro odbornost 809 a zvlášť pro ostatní odbornosti.

B) Regulační omezení

1. Po vyhodnocení celkového objemu poskytnuté péče v hodnoceném čtvrtletí bude jednotlivými zdravotními pojišťovnami provedena úprava paušální sazby podle následujících pravidel:

- a) pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů odpovídající rozpětí 97 až 103 % referenčního počtu bodů, výše paušální sazby se nemění
- b) pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů nižší než 97 % referenčního počtu bodů, upraví se výše paušální sazby vynásobením koeficientem změny výkonnosti. Tento koeficient je dán podílem vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a referenčního počtu bodů. Pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů vyšší než je 103 % referenčního počtu bodů, výše paušální sazby se nemění.
2. Referenčním počtem bodů se pro tyto účely rozumí počet vykázaných, uznaných a proplacených bodů v referenčním období.
3. Zdravotní pojišťovny oznámí zdravotnickým zařízením výši porovnávacího objemu úhrady a referenčního počtu bodů do 31. 1. 2006.

Příloha č. 7 k vyhlášce č.546/2005 Sb.

**Výpočet a uplatnění koeficientu změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny
v souvislosti s migrací pojištěnců
podle § 4 odstavce 5, § 5 odstavce 7, § 8 odstavce 3, § 9 odstavce 4, § 11 odstavce 3,
přílohy č. 1 bodu A), přílohy č. 2 bodu A), přílohy č. 5 bodu A 3) a přílohy č. 6
bodů A) 1**

Koeficient změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců se vypočte následujícím způsobem:

$$K_{pv} = (P / VD) - 0,03$$

kde:

P součet údajů uvedených v řádcích B.II.1 a B.II.2 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2006

VD údaj uvedený v řádku A.III.1 výkazu Základní fond zdravotního pojištění podle vyhlášky č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, k 30.6.2006

Koeficient K_{pv} bude uplatněn pouze pokud pro příslušnou zdravotní pojišťovnu bude v hodnoceném období platit, že poměr P/VD je větší než 1,03.