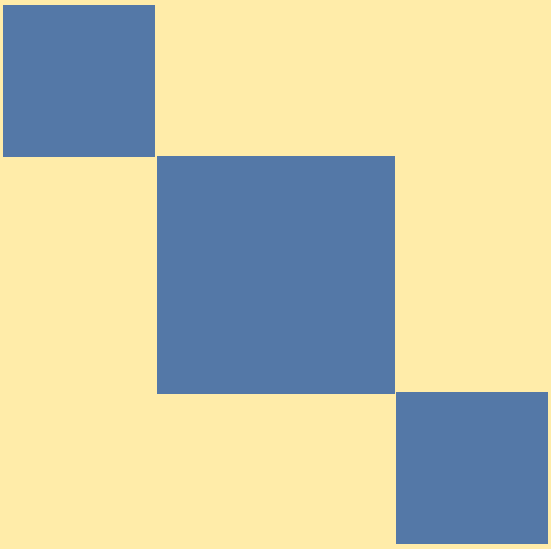

SBÍRKA PŘEDPISŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Vyhláška č. 619/2006 Sb.,

kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007

Ročník 2006

SBÍRKA PŘEDPISŮ ČESKÉ REPUBLIKY

PROFIL PŘEDPISU:

Titul předpisu:
Vyhláška, kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007

Citace: 619/2006 Sb.
Na straně (od-do): 8322-8357
Druh předpisu: Vyhláška
Datum přijetí: 20. prosince 2006
Platnost předpisu: ANO

Částka: 194/2006 Sb.
Rozeslána dne: 30. prosince 2006
Autoři předpisu: Ministerstvo zdravotnictví
Datum účinnosti od: 1. ledna 2007
Pozn. k úč.:

Hesla rejstříku:
(budou doplněna až po uzavření ročníku podle věcného rejstříku redakce Sbírky zákonů)
Vydáno na základě:
48/1997 Sb. § 17 odst. 6
Předpis mění:
Předpis ruší:
Související předpisy EU:
31997R1408

Text předpisu:
619

VYHLÁŠKA

ze dne 20. prosince 2006,

kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., (dále jen "zákon"):

§ 1

(1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2007 hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče poskytované pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona (dále jen "pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny") a pojištěncům z členských států Evropské Unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie[1)] a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení[2)] (dále jen "pojištěncům z EU"), hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění

a) ve smluvních zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných, zdravotnických zařízení vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami[3)] (dále jen "seznam výkonů") a zdravotnických zařízeních hospicového typu podle § 22a zákona,
b) smluvními praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost,
c) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči, včetně ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících hemodialyzační zdravotní péči, ortoptickou a pleoptickou zdravotní péči,
d) smluvními zubními lékaři,
e) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů,
f) v rámci domácí zdravotní péče v odbornostech 911, 921 a 925, podle seznamu výkonů, poskytované smluvními ambulantními zdravotnickými zařízeními,
g) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 902 a 918 podle seznamu výkonů,
h) smluvními zdravotnickými zařízeními zdravotnické záchranné služby, zdravotní dopravy a poskytujícími lékařskou službu první pomoci,
i) smluvními zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a ozdravovnami,
j) v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních
pro způsoby úhrady uvedené v § 2 až 14.

(2) Pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna dohodnou na jiném způsobu úhrady, než je uvedeno v § 2 až 13, dohodnutá výše úhrady podle tohoto způsobu úhrady nesmí být v rozporu se zdravotně pojistným plánem zdravotní pojišťovny.

§ 2

Pro zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními uvedenými v § 1 odst. 1 písm. a) až j), hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,82 Kč, není-li dále stanoveno jinak.

§ 3

(1) Pro zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními ústavní péče, s výjimkou zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, hrazenou paušální úhradou nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

(2) Pro zdravotní péči poskytovanou v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, hrazenou paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

§ 4

Pro zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost, hrazenou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce.

§ 5

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

§ 6

(1) Pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví v § 2.

(2) Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři nehrazená podle odstavce 1 se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením v souladu se zvláštním právním předpisem[4)].

(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna omezit celkovou výši úhrady zdravotnickému zařízení tak, aby celková výše úhrady za zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři v roce 2007 nepřekročila výši stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři.

§ 7

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů, hrazenou paušální úhradou nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 4 k této vyhlášce.

§ 8

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 911, 921 a 925 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 5 k této vyhlášce.

§ 9

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornostech 902 a 918 podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení stanoví v příloze č. 6 k této vyhlášce.

§ 10

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci zdravotnické záchranné služby, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 1,03 Kč.

§ 11

Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví v příloze č. 7 k této vyhlášce.

§ 12

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci lékařské služby první pomoci, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,92 Kč.

§ 13

Lázeňská péče poskytovaná zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a zdravotní péče poskytovaná v ozdravovnách se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením v souladu se zvláštním předpisem4).

§ 14

Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví v § 2.

§ 15

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. ledna 2007.

Ministr:
MUDr. Julínek v. r.

[1)] Nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství a nařízení Rady (EHS) č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství.

[2)] Např. sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 130/2002 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávií o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 83/2000 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení, sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 135/2004 Sb. m. s., o sjednání Smlouvy mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení.

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

[4)] § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 4

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Sazba podle věty první se stanoví ve výši 36 Kč. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 3, násobených indexem podle bodu 3.

2. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za pojištěnce z EU, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů platného k 31.12.2005 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,07 Kč. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, které nebyly stanoveny v seznamu výkonů platném k 31. prosinci 2005, hrazené podle platného seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,97 Kč.

3. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ve věkové skupině 15 až 19 let.

Věkové skupiny a indexy:

věková skupina	Index
0 - 4 roky	3,80
5 - 9 let	1,65
10 - 14 let	1,30
15 - 19 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,35
55 - 59 let	1,45
60 - 64 let	1,50
65 - 69 let	1,70
70 - 74 let	2,00
75 - 79 let	2,40
80 - 84 let	2,90
85 a více let	3,40

B) Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

1. Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se stanoví podle písm A) bodu 1. Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny (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. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejích pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením z celkového počtu pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.

3. Pro úhradu podle seznamu výkonů se písm. A) odst. 2 použije obdobně.

C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů
Pro zdravotní péči poskytnutou pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,46 Kč.

D) Regulační omezení
1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2007 převýší stanovenou referenční hodnotu průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za 1. pololetí nebo 2. pololetí 2006, může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající 40 % překročení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky nad stanovenou referenční hodnotu. Referenční hodnota se stanoví jako vyšší ze dvou hodnot, kterou je 105 % průměrné úhrady v odpovídajícím pololetí 2006, nebo 95 % průměrné úhrady v odpovídajícím pololetí 2005.

2. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2007 převýší o 5 % celkovou úhradu za registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2006, může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení toto převýšení neuhradit.

3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů na 1 přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2007 převýší stanovenou referenční hodnotu, může zdravotní pojišťovna snížit úhradu o částku odpovídající 40 % překročení úhrady za vyžádanou péči nad stanovenou referenční hodnotu. Pro stanovení výše referenčních hodnot, výše úhrad hodnoceného období i překročení úhrady se zdravotní výkony vyžádané péče ohodnotí podle platného seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč pro odbornost 809 a v ostatních odbornostech s hodnotou bodu ve výši 0,86 Kč. Do objemu vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu. Referenční hodnota se stanoví jako vyšší ze dvou hodnot, kterou je 107 % průměrné úhrady této vyžádané péče na 1 přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2006, nebo 100 % průměrné úhrady této vyžádané péče na 1 přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2005.

4. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení snížit úhradu podle bodů 1 až 3 pouze do celkové výše odpovídající 15 % objemu úhrady za kapitaci a zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby poskytnuté pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za příslušné pololetí 2007.

5. Regulační omezení uvedená v bodech 1 až 4 se nepoužijí
a) jde-li o zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU,
b) pokud zdravotnické zařízení registrovalo v příslušném pololetí 2007 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, nebo
c) poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny.

Příloha č. 3 k vyhlášce č.619/2006 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 5

A) Hodnota bodu a výše úhrad
1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,02 Kč pro hemodialyzační péči, pro ostatní odbornosti s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč.

2. Není-li dále stanoveno jinak, celková výše úhrady zdravotnickému zařízení
a) poskytujícímu zdravotní péči v jedné odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo x Inu

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007; unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený 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 zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát

PUROo průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2006

Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,03

b) poskytujícímu zdravotní péči ve více odbornostech nepřekročí částku rovnající se součtu částek za jednotlivé odbornosti, kde se částka za jednotlivou odbornost vypočte takto:

POPzpo x PUROo x Inu

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007

PUROo se vypočte takto:

PUROo = PPBROo x RDHB + PUZUMROo + PUZULPROo

kde:

PPBROo průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2006

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro ambulantní specializovanou péči, poskytnutou zdravotnickým zařízením, u zdravotní pojišťovny v příslušném pololetí 2006, která se určí jako podíl celkové úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou za ambulantní specializovanou péči snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za příslušné pololetí 2006 a celkového počtu bodů za ambulantní specializovanou péči zdravotnickým zařízením vykázaných za příslušné pololetí 2006 a zdravotní pojišťovnou uznaných

PUZUMROo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v příslušném pololetí 2006

PUZULPROo průměrná úhrada za účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v příslušném pololetí 2006

Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,03

3. U zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí 2006 dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2 navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Pro bodové ohodnocení nově nasmlouvaných zdravotních výkonů se použije seznam výkonů ve znění platném k 31. prosinci 2005 s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč (u hemodialyzační péče ve výši 1,09 Kč).

4. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše a způsobu úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely podle zvláštního právního předpisu6) .

5. Celková výše úhrady stanovená v bodu 2 se nepoužije:
a) pro odbornosti, ve kterých v ambulantním zdravotnickém zařízení bylo v příslušném pololetí 2006 nebo příslušném pololetí 2007 ošetřeno 50 a méně unikátních pojištěnců za předpokladu, že poměrné kapacitní číslo je větší nebo rovno 1, nebo v případě, že v příslušném pololetí 2006 zdravotnické zařízení zdravotní péči v takové odbornosti neposkytovalo. Je-li poměrné kapacitní číslo menší než 1, limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců se přepočte příslušnou hodnotou poměrného kapacitního čísla. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče poskytované jedním nositelem výkonu3) se zdravotní pojišťovnou,
b) u zdravotnických zařízení, která mají poměrné kapacitní číslo nositele výkonu alespoň 0,5 a poskytují zdravotní péči ve smluvní odbornosti 901 (klinická psychologie), 903 (klinická logopedie), 927 (ortoptista) a dále u zdravotnických zařízení jiných smluvních odborností než 901 (klinická psychologie) vykazujících zdravotní výkony odbornosti 910 (psychoterapie) a ambulantních dialyzačních zařízení odbornosti 108 (nefrologie).

6. V případech uvedených v bodu 5 písm. a) a b) může zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení stanovit celkovou výši úhrady pro danou odbornost ve výši zdravotních výkonů zdravotnickým zařízením vykázaných v příslušném pololetí 2007 a zdravotní pojišťovnou uznaných, ohodnocených podle seznamu výkonů ve znění platném ke dni 31. prosince 2005 s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen "vyjmenované odbornosti"):

Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu, (dále jen "nasmlouvané výkony mammografického screeningu").

1.1 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky v příslušném pololetí 2007 vyšší než 100 % stanovené referenční hodnoty, může zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Referenční hodnota se stanoví jako vyšší z hodnot, kterou je 105 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky dosažené v odpovídajícím pololetí 2006, nebo 95 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky dosažené v odpovídajícím pololetí 2005.

1.2 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v příslušném pololetí 2007 vyšší než 100 % stanovené referenční hodnoty, může zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku ve výši odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Referenční hodnota se stanoví jako vyšší z hodnot, kterou je 107 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech dosažené v odpovídajícím pololetí 2006, nebo 100 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech dosažené v odpovídajícím pololetí 2005.

1.3 Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky se zdravotní výkony vyžádané péče v příslušném pololetí 2006, nebo v příslušném pololetí 2005 a v příslušném pololetí 2007 ohodnotí podle platného seznamu výkonů, a to v odbornosti 809 hodnotou bodu ve výši 1,04 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu ve výši 0,86 Kč.

1.4 U zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí 2006 došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčiva a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v příslušném pololetí 2006 pro tyto účely úměrně upraví. Zdravotní pojišťovna dále zohlední zvýšení průměrných nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v souvislosti s ukončením poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou v případě, že porovnávacím obdobím pro uplatnění regulace je příslušné pololetí roku 2005.

1.5 U zdravotnického zařízení, které v roce 2006 nebo v části roku 2006 neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.

2. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení snížit úhradu podle bodů 1.1 a 1.2 pouze do celkové výše odpovídající 15% objemu úhrady za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

3. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v příslušném pololetí 2006 nebo v příslušném pololetí 2007 v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 až 1.4.

4. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky v příslušném pololetí 2007 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na příslušné období vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

5. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v příslušném pololetí 2007 nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na příslušné období vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

6. Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční předběžnou úhradu buď ve výši jedné šestiny 103 % objemu úhrady v příslušném pololetí 2006, anebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc, ohodnocené podle písm. A) bodu 6. Zvolenou formu předběžné úhrady zachová zdravotní pojišťovna po celé příslušné pololetí 2007. Předběžnou úhradu za příslušné pololetí 2007 zdravotní pojišťovna finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně vyhodnocení regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení příslušného pololetí 2007.