



**VYHLÁŠKA č. 383/2007 Sb.,
o stanovení hodnot bodu,
výše úhrad zdravotní péče hrazené
ze zdravotního pojištění
a regulačních omezení objemu
poskytnuté zdravotní péče hrazené
z veřejného zdravotního pojištění
pro rok 2008**

Ročník 2007

SBÍRKA PŘEDPISŮ ČESKÉ REPUBLIKY

PROFIL PŘEDPISU:

Titul předpisu:

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008

Citace: 383/2007 Sb.

Na straně (od-do): 5572-5616

Druh předpisu: Vyhláška

Datum přijetí: 19. prosince 2007

Platnost předpisu: ANO

Hesla rejstříku:

Ceny; Evropská unie; Lázně; Pojištění, pojišťovnictví; Zdravotnictví

Vydáno na základě: 48/1997 Sb. § 17 odst. 6

Předpis mění:

Předpis ruší:

Související předpisy EU: 31971R1408; 31972R0574

Text předpisu: 383

Částka: 117/2007 Sb.

Rozeslána dne: 31. prosince 2007

Autoři předpisu: Ministerstvo zdravotnictví

Datum účinnosti od: 1. ledna 2008

Pozn. k úč.:

VYHLÁŠKA

ze dne 19. prosince 2007,

o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008

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., č. 245/2006 Sb. a č. 261/2007 Sb., (dále jen „zákon“):

§ 1

- (1) Tato vyhláška stanoví pro rok 2008 hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče poskytované pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona (dále jen „pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny“) a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropských společenství¹⁾ a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení²⁾ (dále jen „pojištěnec z EU“), hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu této zdravotní péče poskytnuté
- a) ve smluvních zdravotnických zařízeních ústavní péče, včetně odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných, zdravotnických zařízení vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami³⁾ (dále jen „seznam výkonů“), a zdravotnických zařízení 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 a ortoptickou 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, (dále jen „vyjmenované odbornosti“),
 - f) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 911, 921 a 925, podle seznamu výkonů,
 - g) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornosti 902 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 ozdravovnamí,
 - 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 0,90 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 ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, 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 ošetrovací 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 kapacity 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 s předpisy o regulaci cen⁴).

(3) Zdravotní pojišťovna je oprávněna omezit celkovou výši úhrady zdravotnickému zařízení tak, aby celková výše úhrady za zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři v roce 2008 nepřekročila výši stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři.

§ 7

Pro zdravotní péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními ve vyjmenovaných odbornostech, 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 odbornosti 902 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 stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

Lázeňská péče poskytovaná zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a zdravotní péče poskytovaná v ozdravných se hradí podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením v souladu s předpisy o regulaci cen⁴).

§ 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 2008.

Ministr:
MUDr. Julínek, MBA 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 nařízením (EHS) č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství.

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

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

4) § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 4**A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba**

- Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši 42 Kč. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnických zařízení registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 4, násobených indexem podle bodu 4. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Toto navýšení nesmí být v rozporu se zdravotně pojistným plánem zdravotní pojišťovny.
- 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, se stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
- Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.
- Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce 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 - 14 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
40 - 44 let	1,05
45 - 49 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

- 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.
- Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační poplatky vypočtené na celostátní průměrný počet pojištěnců příslušné zdravotnické zařízení uzavřeno smlouvou o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením z celkového počtu pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.
- Pro úhradu podle seznamu výkonů se písm. A) body 2 a 3 použijí obdobně.

C) Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů

Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů a pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

D) Regulační omezení

- Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu):
 - Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převyšuje o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
 - Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převyšuje o více než 20 % celostátní průměrnou úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
- Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 popřípadě 1.2.
- Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení registrovalo v roce 2007 nebo 2008 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jednalo-li se o zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z EU.
- Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost v roce 2008 nepřevyšuje předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2008 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
- Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2008 nepřevyšuje předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2008 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
- Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za kapitační platbu a zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2008.