Hodnota bodu a výše úhrad podle § 13

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Pro poskytovatele poskytující dialyzační péči se hodnota bodu stanoví ve výši 1,18 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,92 Kč.

2. Hodnocení kvality poskytované dialyzační péče: Pokud poskytovatel v hodnoceném období čtvrtletně referoval výsledky jím poskytované dialyzační léčby minimálně u 90 % pojištěnců v pravidelném dialyzačním léčení ošetřených na jednotlivých pracovištích (dialyzační střediska), zdravotní pojišťovna nejpozději do 31. března kalendářního roku následujícího po skončení hodnoceného období z referovaných dat vyhodnotí níže uvedená kvalitativní kritéria a navýší hodnotu bodu za jednotlivá pracoviště za následujících podmínek:

   a) Za pojištěnce v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pojištěnec, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoeliminačních metod nebo peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, a to nejméně do 90 dní od prvního dne jejich vykázání.

   b) Hodnota bodu podle bodu 1 se navýší pracovišti poskytovatele o 0,07 Kč v případě, že poskytovatel na tomto pracovišti splní alespoň 3 kritéria 2. úrovně plnění kritérií podle následující tabulky, a pokud poskytovatel na pracovišti nesplní podmínku tohoto navýšení, o 0,05 Kč, pokud poskytovatel na tomto pracovišti splní všechna kritéria 1. úrovně plnění kritérií podle následující tabulky:

Parametr kvality dialyzační léčby	1. úroveň plnění kritérií: Minimální podíl referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality	2. úroveň plnění kritérií: Minimální podíl referovaných pojištěnců do 80 let ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality
Hodnota Hb > 100 g/l	70 %	85 %
Hodnota P 1,1-1,8 mmol/l	45 %	60 %
Hodnota eKt/V u hemodialýzy ≥ 1,2	75 %	90 %
Hodnota Albuminu ≥ 35 g/l	50 %	65 %

   c) Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší poskytovateli o 0,02 Kč, pokud alespoň 6 % referovaných pojištěnců u tohoto poskytovatele je ošetřeno metodami domácí dialýzy, tedy výkony peritoneální dialýzy č. 18513 a 18515 podle seznamu výkonů nebo výkony domácí hemodialýzy č. 18523 podle seznamu výkonů, přičemž pojištěnci léčení peritoneální dialýzou se pro účely vyhodnocení započítávají s vahou 1,5.

   d) Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší pracovišti poskytovatele podle hodnoty následovně:

$$BON_{TR} = \begin{cases} 0 & S = 0 \\ N_{min} + S * (N_{max} - N_{min}) & S > 0 \end{cases}$$

   kde:

N_{min} je minimální navýšení hodnoty bodu ve výši 0,02 Kč,

N_{max} je maximální navýšení hodnoty bodu ve výši 0,04 Kč,

S je skóre pracoviště, které nabývá hodnot $\langle 0; 1 \rangle$ a stanoví se následovně:

$$S = \begin{cases} 0 & K_{TR} < LT \\ \min\left(1; \frac{K_{TR} - LT}{HT - LT}\right) & K_{TR} \geq LT \end{cases}$$

kde:

LT je dolní hranice plnění kritéria transplantace ve výši 10 %,

HT je horní hranice plnění kritéria transplantace ve výší 18 %,

K_{TR} je podíl pacientů <80 let zařazených na čekací listinu k transplantaci ledviny nebo již transplantovaných vypočtený následovně:

$$K_{TR} = \frac{(PP_{TXP} * 2 + PP_{TXO} + PP_{WLP} * 2 + PP_{WLO})}{PP_{CELK}}$$

kde:

PP_{TXP} je počet pacientů s preemptivní transplantací mladších 80 let,

PP_{TXO} je počet pacientů s transplantací mladších 80 let, bez pacientů s preemptivní transplantací mladších 80 let,

PP_{WLP} je počet pacientů preemptivně zařazených na čekací listinu k transplantaci ledviny mladších 80 let,

PP_{WLO} je počet pacientů zařazených na čekací listinu k transplantaci ledviny mladších 80 let, bez pacientů preemptivně zařazených na čekací listinu mladších 80 let,

PP_{CELK} je celkový počet referovaných dialyzovaných pacientů pracoviště mladších 80 let.

3. Vypočtenou částku navýšení úhrady podle bodu 2 zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradí nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny

1. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:

a) Výkon č. 76661 – Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 3 000 Kč.

i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledvin.

ii. Podmínky úhrady: Vykazuje se na jednoho pojištěnce jedenkrát.

b) Výkon č. 76662 – Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 4 500 Kč.

i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním, u kterého opakovaně hodnota glomerulární filtrace (GFR) dosáhne hodnoty menší než 0,20 ml/s.

ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce nebyl v době před začátkem vyšetřování vhodnosti k transplantaci ledviny vykázán žádný z výkonů dialyzační péče podle seznamu výkonů. Vykazuje se na jednoho pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny jedenkrát.

c) Výkon č. 76663 – Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 7 000 Kč.

i. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který byl již zařazen do dialyzačního programu. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření centra vysoce specializované péče v oblasti transplantologie k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.

ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená služba podle části B bodu 1 písm. a). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.

d) Výkon č. 76664 – Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 10 500 Kč.

i. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který je u poskytovatele v predialyzační péči. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.

ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená služba podle části B bodu 1 písm. b). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.

e) Výkon č. 76667 – Vyšetření žijícího dárce ledviny 20 000 Kč.

i. Popis: Vykazuje se při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny. Tato hrazená služba se vykazuje na číslo pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, který je příjemcem orgánu.

ii. Podmínka úhrady: Vykazuje poskytovatel v případě, že indikuje vhodného dárce ledviny.

2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených služeb uvedených v bodě 1:

a) Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantační společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.

b) Hrazené služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří mají zdravotní kontraindikaci k transplantaci ledvin.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna hodnoceného období tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:

   a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;

   b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;

   c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.

2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující dialyzační péči dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních

pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu časného záchytu rakoviny plic a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce zdravotní pojišťovny, na které byly poskytovatelem vykázány hrazené služby podle části B bodu 1 písm. a), b) nebo e). Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu účinnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.

6. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.

7. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely přiměřeně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.

8. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

9. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb pro danou odbornost.

10. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.