

## Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2019 ve skupině mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů

---

Datum konání: 24. května 2018

Účastníci jednání: dle prezenční listiny

Společný návrh účastníků jednání je přílohou č. 1 tohoto protokolu.

Účastníci při jednání **došli k dohodě**.

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2019 ve skupině poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů došlo po opakovaných jednáních ke sblížení stanovisek plátců i poskytovatelů, z čehož vzešel společný návrh VZP ČR, SZP ČR a zástupců poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů na úhradu v segmentu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů v roce 2019.

### **Hlasování o předložených návrzích**

společný návrh VZP ČR, SZP ČR a zástupců poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů (příloha č. 1 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	16	PRO:	7
PROTI:	0	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

Jediný předložený návrh získal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a souhlas všech přítomných zástupců příslušných profesních sdružení poskytovatelů.

**Návrh byl přijat.**

### **Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:**

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora

MUDr. Zorjan Jojko

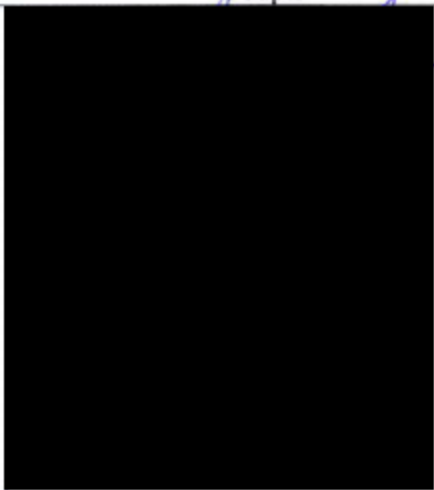
Organizace

SAS

Podpis



Za zdravotní pojišťovnu:

Jméno	Pojišťovna	Podpis
Ing. Jiří Mrázek, MBA	VZP ČR	
MUDr. Ludmila Plšková	OZP	
MUDr. Petr Šmach	ZPŠ	
MUDr. Renata Knorová, MBA	ČPZP	
Ing. Petr Hrabák, MHA	VoZP	
Pharm. Dr. Ivana Cimalová, MBA	ZPMV	
MUDr. Jiří Havrlant	RBP	

**Společný návrh VZP ČR, SZP ČR a zástupců poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů na úhradu v segmentu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb v roce 2019**

---

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2017.

**A) Hodnota bodu a výše úhrad**

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši:
  - a) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů se základní hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,07 Kč.
  - b) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 podle seznamu výkonů a pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů se základní hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,11 Kč.
  - c) Pro poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů a poskytovatele poskytující hrazené služby v odbornosti 919 – adiktolog podle seznamu výkonů se základní hodnota bodu v uvedených odbornostech stanoví ve výši 1,02 Kč.
  - d) Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví základní hodnota bodu ve výši 0,70Kč.
  - e) Pro výkony č. 43652 a 43653 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů se stanoví základní hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
  - f) Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů se stanoví základní hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.
  - g) Pro výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 podle seznamu výkonů, vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů poskytovaných poskytovateli hrazených služeb v odbornosti gastroenterologie podle seznamu výkonů se stanoví základní hodnota bodu ve výši 1,09 Kč a pro výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 podle seznamu výkonů, poskytované poskytovateli hrazených služeb v odbornosti 701 nebo 702 podle seznamu výkonů se stanoví základní hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
  - h) Základní hodnota bodu uvedená v písm. a) až g) se dále při splnění následujících podmínek navýší o:
    - i. 0,01 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů (případně nelékařských zdravotnických pracovníků), kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. 1. 2019 (případně obdobného dokladu příslušné profesní organizace),
    - ii. 0,01 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordináčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně u operačních oborů,
    - iii. 0,01 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordináční hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordináční doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.



2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony se základní hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč s výjimkou výkonu č. 89312 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví základní hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.

Základní hodnota bodu se dále při splnění následujících podmínek navýší o:

- a) 0,01 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů (případně nelékařských zdravotnických pracovníků), kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. 1. 2019 (případně obdobného dokladu příslušné profesní organizace),
- b) 0,01 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně u operačních oborů,
- c) 0,01 Kč v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinací doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.
3. Celková výše úhrady vypočtená poskytovateli dle bodu 2. nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,03 + KN) * (POPzpoZ * PUROo + \max[PUROo * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období nepřekročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných



léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**UHRMr**

je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**KN**

koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,02 – v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů (případně nelékařských zdravotnických pracovníků), kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. 1. 2019 (případně obdobného dokladu příslušné profesní organizace),

b) 0,02 – v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně u operačních oborů,

c) 0,02 – v případě, že poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.

4. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval péči v dané odbornosti, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.
5. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 3 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 2.
6. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle bodu 3 se nepoužije:
  - a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců, 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 kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v bodě 2 písm. a) až písm. c) navýší se tento počet o 10 unikátních ošetřených pojištěnců za každou splněnou podmínku,
  - b) v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.

V těchto případech se výkony hradí hodnotou bodu dle odst. 2 ve výši 1,06 Kč.

7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
8. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období, obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.



## B) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2019 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
  - (i) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
  - (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
  - (iii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v bodě 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál 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 vykázan pouze výkon č. 09513.
3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % 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 podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513.
4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 102 % 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 vykázan pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. 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 2019 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.
6. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí.
7. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném



období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.

8. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
9. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
10. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.
11. 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 úměrně 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.
12. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost. V případě, že poskytovatel splňuje podmínky uvedené v části A) bodě 2 písm. a) a písm. b) navýší se tento počet o 10 unikátních ošetřených pojištěnců za každou splněnou podmínku.
14. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
15. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

### C) Kompenzace regulačních poplatků

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů nepřekročí v roce 2019 částku ve výši třicetinasobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v roce 2017, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v roce 2017.
2. U poskytovatele, který v roce 2017 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2017 nebo neměl s pojišťovnou uzavřenu smlouvu, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2017.





# Prezenční listina

Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2019

Čtvrtek 24.5.2018, OZP, Roškotova 1225/1, Praha 4

## Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis
VZP ČR	JIŘÍ ŠTRÁŽEK Miroslav Jančík	
ZPMV ČR	MARKA CITTALOVÁ	
ČPZP	RENATA KNOROVÁ, JUCIE FINKOVÁ	
ZPŠ	Petr Šmach	
VoZP	Petra Krasná	
RBP	JIŘÍ HAVELBÁNÍ	
OZP	LUDMILA PLSKOVÁ ZDENKA KOPECKÁ	

JAKO HOST HZ ČR

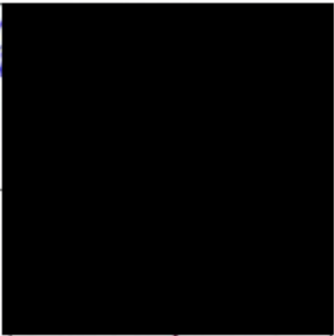
DAVID ŠMELKA  
Pavčina Žilová  
Hana Kovariková

**Skupina poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů**

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis
Asociace denních stacionářů a krizových center	ONDŘEO PĚC	
Asociace dialyzačních středisek ČR		
APRIMED zájmové sdružení NZZ		
Asociace klinických logopedů ČR	Jarmila PREISSOVÁ Irena Cudlínová	
Asociace klinických psychologů ČR	A. Paloušová	
Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení		
Česká lékařská komora o.s.	Dr. ŘÍHOVÁ L.	
Česká společnost ortoptistek	Jana L. ZITLÍKOVÁ	
Občanské sdružení ambulantních diabetologů	POSPÍŠIL SZABO	
Sdružení alergologů a klinických imunologů ČR	TOJKO	
Sdružení ambulantních dětských kardiologů ČR	ŽALATKA	



Sdružení ambulantních dermatologů	VOCILKOVÁ
Sdružení ambulantních gastroenterologů	LIŽALOVÁ
Sdružení ambulantních chirurgů	
Sdružení ambulantních internistů	
Sdružení ambulantních kardiologů ČR	JOSEK
Sdružení ambulantních ortopedů ČR	JOSEK
Sdružení ambulantních psychiatrů ČR	
Sdružení ambulantních specialistů ČR	JOSEK
Sdružení privátních ambulantních chirurgů ČR	
Sdružení privátních očních lékařů	dr. Lichomí
Sdružení rehabilitačních lékařů	
Sdružení ambulantních endokrinologů	

Sdružení smluvních pneumoftizeologů, z.s.	Paula NYKODÝOVÁ	
Asociace soukromých neurologů	Marketa BŘETL	

1



## PLNÁ MOC

Zmocnitel – profesní sdružení poskytovatelů zdravotních služeb:

Sdružení alergologů a klinických imunologů ČR, IČO 71 210 563, K nemocnici 2814, 272 00 Kladno

Zastoupené MUDr Ladislavem Psychlem

tímto zmocňuje

Sdružení Ambulantních specialistů České republiky o.s. IČ 48135941, Praha 9, pod pekárnami 243/6

Zastoupené MUDr Zorjanem Jojkem

aby jej jako zástupce smluvních poskytovatelů zdravotních služeb zastupoval v dohodovacím řízení o hodnotě bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních dle ust. § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění a to za skupinu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů dne 24.5.2018 v Praze.

Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů, stanoveném pro účastníky dohodovacího řízení zákonem č. 48/1997 Sb.

Tato plná moc nabývá účinnosti dnem jejího podpisu zmocnitelem a je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž jeden si ponechá zmocněnec a druhý zmocnitel.

V Praze dne 22.5.2018

Podpis zmocnitele

A black rectangular box redacting the signature of the authorizing party. A handwritten number '1' is visible above the box.





Plná moc

Zplnomocňuji MUDr. Zorjana Jojka, předsedu SAS ČR, aby disponoval hlasy Sdružení ambulantních ortopédů ČR z.s. včetně hlasování na Dohodovacím jednání dne 24.5.2018 v Praze

V Hradci Králové, 23.5.2018

MUDr. Vladimír Medek  
předseda SAO ČR z.s.

Sdružení  
ambulantních ortopédů ČR  
Foerstrova 1846, POK 500 02  
IČO: 67539273  
d.č. 1594/7787/5100

