

**VÝSLEDKY DOHODOVACÍHO ŘÍZENÍ
O HODNOTÁCH BODU A VÝŠI ÚHRAD ZDRAVOTNÍ PÉČE HRAZENÉ Z VEŘEJNÉHO
ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PRO 2. POLOLETÍ 2004 MEZI ZÁSTUPCI VŠEOBECNÉ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR, OSTATNÍCH ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A
PŘÍSLUŠNÝCH PROFESNÍCH SDRUŽENÍ POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Čl. 2

**Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických
zařízeních**

(1) Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních bude hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony (vč. ZUM a ZULP), kdy hodnota bodu se stanoví ve výši minimálně 1,04 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den a s omezením maximální úhradou v návaznosti na počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v hodnoceném pololetí daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti. Referenčním obdobím je druhé pololetí 2003. Časová regulace dle § 41 zákona 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, bude stanovována čtvrtletně a vypořádána za obě čtvrtletí současně, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

Omezení maximální výši úhrady se nepoužije u zdravotnických zařízení (která mají úvazek resp. PKČ lékaře nebo JVŠ alespoň 0,5) smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie, 903 – klinická logopedie, 927 – ortoptická sestra, a dále u zdravotnických zařízení jiných smluvních odborností než 901 vykazujících výkony autorské odbornosti 910 – psychoterapie uvedených v příloze č. 1. Pokud další zdravotnické zařízení jako poskytovatel převážně psychoterapeutické péče prokáže, že splňuje kriteria pro zařazení do seznamu v příloze č. 1 (alespoň 50 % vykázaných a uznaných bodů příslušné zdravotní pojišťovny v posledním celém kalendářním roce vykazovalo prostřednictvím výkonů odbornosti 910 – psychoterapie, má úvazek lékaře nasmlouvaný alespoň ve výši 1,00 a psychoterapeutickou kvalifikaci doloží osvědčením IPVZ), zdravotní pojišťovny jsou oprávněny po uzavření příslušné smlouvy hradit takto dohodnutým způsobem péči i tomuto novému poskytovateli.

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

$$\text{MUo} = \text{POPzpo} \times (\text{PBPROo} \times \text{CB} \times \text{Izr} + \text{PUZUMROo} \times \text{Izc} + \text{PUZULPROo} \times \text{Izc})$$

kde:

MUo - maximální úhrada za příslušnou odbornost

POPzpo - počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném pololetí

PBPROo - 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 v hodnoceném období /viz bod (1) - tj.1,04 Kč/

Izr - index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny

Hodnota tohoto indexu pro období II. pololetí 2004 činí 1,000

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

PUZULPROo - průměrná úhrada za účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

Izc - index meziročních změn cen

Hodnota tohoto indexu byla pro období II. pololetí 2004 dohodnuta ve výši 1,02.

Vypočtená celková maximální úhrada se porovnává s celkovou hodnotou provedených výkonů vč. ZUM a ZULP za celé zdravotnické zařízení, a to při ceně bodu stanovené v bodu (1).

Unikátním pojištěncem se 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.

Údaje o průměrných počtech bodů a průměrných úhradách za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtovaných léčivech na jednoho unikátního pojištěnce podle odborností dosažené zdravotnickým zařízením v referenčních obdobích a počty unikátních pojištěnců ošetřených v daných odbornostech v referenčních obdobích oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do 31.07.2004.

U zdravotnických zařízeních, kde oproti referenčním obdobím dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) v některé odbornosti k nárůstu průměrné hodnoty počtu bodů na 1 unikátního pojištěnce, resp. kde dojde k odůvodněnému nárůstu průměrné hodnoty vykázaného ZUM a ZULP na 1 unikátního pojištěnce v dané odbornosti, zdravotní pojišťovny tuto změnu pro danou odbornost ve výši maximální úhrady zohlední.

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 resp. že v referenčním období zdravotnické zařízení zdravotní péči v některé odbornosti péči neposkytovalo, se omezení maximální výše úhrady na tyto odbornosti nepoužije. 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 nasmlouvaném úvazku lékaře resp. hodnotě poměrného kapacitního čísla (dále jen „PKČ“) větší nebo rovno 1,00. Při nasmlouvaném úvazku lékaře menším než 1,00 resp. pokud je nasmlouvaná hodnota PKČ nižší než 1,00, se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočte příslušnou hodnotou úvazku, resp. PKČ nižší než 1,00.

(3) Zdravotní pojišťovny se mohou se smluvním zdravotnickým zařízením dohodnout pro příslušné pololetí na předběžné úhradě, a to v minimální výši 100 % objemu úhrady v referenčním období.

(4) Regulační opatření:

1. Limit času nositele výkonů 12 hodin na kalendářní den.
2. Regulace úhrad za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky (dále jen „ZP“) a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 - 805, 807, 809, 812-822 (dále jen „vyjmenované odbornosti“). Zdravotní péče autorské odbornosti 823 je obsažena ve smluvní odbornosti 807.
 - 2.1 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrad na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a ZP (vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři) a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období o více než 20 % vyšší než průměr tohoto zdravotnického zařízení dosažený v referenčním období, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 25 % zvýšených výdajů za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči v uvedených odbornostech (nad 120 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
 - 2.2 Pokud zdravotnickým zařízením dosažené průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a ZP (vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři) a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období převýší o více než 10 % celostátní průměr na jednoho unikátního pojištěnce u lékařů dané odbornosti, se zohledněním věkových skupin v příslušném kalendářním období a zároveň převýší o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za předepsané léčivé přípravky a ZP nebo za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech), může zdravotní pojišťovna uplatnit vůči zdravotnickému zařízení regulační srážku ve výši 25 % z příslušného překročení, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
 - 2.3 Zdravotní pojišťovna může vůči zdravotnickému zařízení uplatnit regulaci úhrad za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči buď podle bodu 2.1 nebo podle bodu 2.2, a to tu, která představuje pro zdravotnické zařízení menší regulační srážku.
 - 2.4 Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky se výkony vyžádané péče jak v referenčním tak i v hodnoceném období ocení v odbornosti 809 hodnotou bodu 1,04 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu 0,86 Kč.
 - 2.5 U zdravotnických zařízeních, kde oproti referenčním obdobím došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčiva a ZP a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovny po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad dosažených daným zdravotnickým zařízením v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
 - 2.6 U zdravotnických zařízeních, která v referenčním období neexistovala, se regulace úhrad za předepsaná léčiva, ZP a vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech neuplatňuje.
3. Údaje o průměrných hodnotách úhrad za předepsaná léčiva a ZP - vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech vztažených na jednoho unikátního pojištěnce dosažených zdravotnickým zařízením v referenčním období a údaje o počtech unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do konce prvního měsíce hodnoceného pololetí.
4. Údaje o celostátních průměrných úhradách vztažených na jednoho unikátního pojištěnce oznámí zdravotní pojišťovny zástupcům poskytovatelů zdravotní péče účastnících se dohodovacího řízení do 120 dnů po skončení příslušného pololetí pokud má zdravotní pojišťovna k dispozici statisticky dostatečný počet případů. V případě nedodržení lhůty 120 dnů zdravotní pojišťovna regulaci dle bodu 2.2 neuplatní. Pokud zdravotní pojišťovna nemá

k dispozici statisticky dostatečný počet případů, bude daná věková skupina v dané odbornosti z výpočtu regulace dle bodu 2.2 vyloučena.

5. Při posuzování nezbytnosti překročení průměrných úhrad dle výše uvedených regulačních opatření bude z důvodů zajištění efektivního poskytování zdravotní péče přihlédnuto zejména k důsledkům případného zvýšení cen léků, změn preskripce doporučeným odbornými společnostmi a změn ve struktuře ošetřených pacientů ve vazbě na různé diagnózy a k účelnosti a hospodárnosti preskripce.
 6. Zdravotní pojišťovna může regulační srážku za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči uplatnit maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady dané pojišťovny danému zařízení za zdravotní výkony za dané období.
 7. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v příslušné odbornosti statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, tato zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace dle bodu 2. Definice statisticky nevýznamného počtu pojištěnců je obsažena v ustanovení odst. (2).
 8. Zdravotní pojišťovny nebudou uplatňovat regulaci podle bodu 2., pokud celkové úhrady za předepsaná léčiva a ZP - vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na dané období vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
- (5) Jiný způsob úhrady a regulace je možný pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení na takovémto způsobu úhrady a regulace dohodnou a tento způsob nebude v rozporu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovna je však vždy povinna jako jednu z variant předložit smluvnímu zařízení způsob úhrady a regulace dohodnutý v dohodovacím řízení.