

Návrh SZP ČR na úhradu specializované ambulantní zdravotní péče poskytované v ambulantních zdravotnických zařízeních v roce 2008

Verze pro jednání 4.9.2007

Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních bude hrazena dle individuálního smluvního ujednání mezi konkrétním zdravotnickým zařízením a konkrétní zdravotní pojišťovnou (například výkonovým způsobem ve smluvně sjednané hodnotě bodu, výkonovým způsobem ve smluvně sjednané hodnotě bodu do limitu maximální úhrady ve výši smluvně sjednaného % navýšení celkové úhrady, nebo výkonovým způsobem v rozdílně smluvně sjednanými hodnotami bodu pro kody klinických vyšetření a ostatní výkony, nebo jiným způsobem neodporujícím obecně závazným předpisům upravujícím veřejné zdravotní pojištění).

V případě, že mezi konkrétní zdravotní pojišťovnou a konkrétním zdravotnickým zařízením nedojde k individuální smluvní dohodě o způsobu a výši úhrady, bude zdravotní péče poskytovaná v roce 2008 hrazena dle níže uvedených pravidel:

- 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 0,93 **0,95** Kč.

Hemodialyzační péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními 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 1,05 Kč.

- 2) V souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů se stanovují následující omezení objemu zdravotní péče a výše úhrad za provedenou zdravotní péči.

- a) Hranice plné úhrady pro zdravotnické zařízení za hodnocené období se určí po ukončení hodnoceného období takto:

$$\text{HPU} = \text{Uro} \times \frac{\text{POPho}}{\text{POPro}} \times 1,1$$

kde:

Uro - objem úhrad zdravotní péče příslušné zdravotní pojišťovny danému zdravotnickému zařízení za referenční období

POPho - celkový počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených daným zdravotnickým zařízením v hodnoceném období

POPro - celkový počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených daným zdravotnickým zařízením v referenčním období

- b) Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné kalendářní pololetí roku 2008, referenčním obdobím se rozumí odpovídající kalendářní pololetí roku 2007.
 - c) Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený daným zdravotnickým zařízením 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 ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců pouze jedenkrát.
- 3) Zdravotní péče provedená zdravotnickým zařízením nad hranici plné úhrady, definovanou podle bodu 2), hradí zdravotní pojišťovna rovněž podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, avšak s hodnotou bodu stanovenou ve výši 0,46 **0,65** Kč.

- 4) Omezení objemu úhrady dle předchozího bodu se nevztahuje na zdravotní péči poskytovanou pojištěncům z členských států EU, Islandu, Lichtenštejnska a Norska, pojištěncům z dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení a dále na zdravotní péči poskytovanou žadatelům o udělení mezinárodní ochrany (dříve „žadatelům o azyl“).
- 5) Regulační omezení:
- a) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za předepsaná léčiva a ZP v hodnoceném období o více než 105 **110** % vyšší než průměr tohoto zdravotnického zařízení dosažený v referenčním období, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 40 % zvýšených výdajů za předepsaná léčiva a ZP, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Pokud zdravotnické zařízení prokáže, že k zvýšení průměrných nákladů za předepsaná léčiva a ZP došlo v důsledku poskytování zdravotní péče pojištěncům, kde vzhledem k jejich zdravotnímu stavu bylo nutno použít mimořádně nákladných léčiv a zdravotnických prostředků, zdravotní pojišťovna toto navýšení v regulaci odpovídajícím způsobem zohlední, případně tuto regulaci nepoužije.
 - b) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 - 805, 807, 809, 812-822 (dále jen „vyjmenované odbornosti“) v hodnoceném období o více než 105 **110** % vyšší než průměr tohoto zdravotnického zařízení dosažený v referenčním období, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 40 % zvýšených výdajů za vyžádanou péči v uvedených odbornostech, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
 - c) Referenčním obdobím pro účely výpočtu regulací úhrad za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech je odpovídající pololetí roku 2007. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky se výkony vyžádané péče jak v referenčním tak i v hodnoceném období ocení dle Seznamu výkonů s bodovými hodnotami ve znění platném v hodnoceném období, a to hodnotou bodu ve výši dohodnuté dohodovacím řízením nebo stanovené vyhláškou. U zdravotnických zařízení, která v referenčním období neexistovala, mohou zdravotní pojišťovny použít pro účely uplatnění regulačních omezení průměry srovnatelných zdravotnických zařízení za referenční období.
 - d) Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady dané pojišťovny danému zařízení za zdravotní výkony za hodnocené období.
 - e) Zdravotní pojišťovny nebudou uplatňovat regulaci podle tohoto odstavce na předepsaná léčiva a ZP - včetně léků a ZP schválených revizními lékaři, pokud celkové úhrady za předepsaná léčiva a ZP - včetně léků a ZP schválených revizními lékaři v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na dané období vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
Zdravotní pojišťovny nebudou uplatňovat regulaci podle tohoto odstavce na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, pokud celkové úhrady 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.
Zdravotní pojišťovny nebudou uplatňovat regulaci podle tohoto odstavce, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Za statisticky nevýznamný počet pojištěnců je pro toto ustanovení považováno 50 **200** unikátních pojištěnců.