

Protokol z jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách ve skupině poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb na rok 2014

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2014, ve skupině poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb, došlo mezi účastníky jednání k dohodě o úhradě zdravotní péče u poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb. Jednání proběhla ve dnech 19. 6. 2013 a 23. 7. 2013. Účastníci jednání se dohodli na společném návrhu VZP ČR a SZP ČR hrazených služeb včetně regulačních omezení na rok 2014.

Bylo hlasováno o společném návrhu SZP ČR a VZP ČR. Bylo hlasováno následujícím způsobem.

Pro: poskytovatelé 2 (97,6% hlasů), zdravotní pojišťovny 7

Proti: poskytovatelé 1 (2,4% hlasů), zdravotní pojišťovny 0

Zdržel se: 0

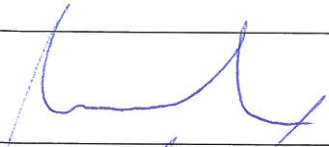
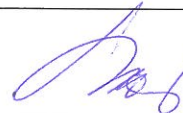
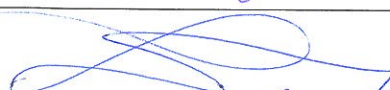
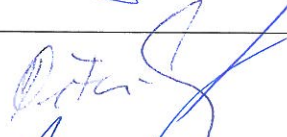
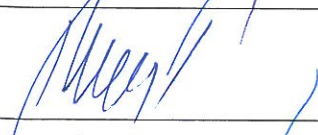
Výsledek: Návrh byl přijat

Návrh součástí Přílohy

Za poskytovatele zdravotní péče:

Organizace	jméno	podpis
SSG ČR	MUDr. Vladimír Dvořák	
OSGCH	MUDr. Karel Nevrlka	
Aprimed	Ing. Eva Sokolová	

Za zdravotní pojišťovny:

Organizace	jméno	podpis
VZP ČR	Ing. Mrázek, MBA	
OZP	MUDr. Plšková	
ZPŠ	Ing. Zajícová	
ČPZP	MUDr. Frňka	
VoZP	JUDr. Benešová	
ZPMV	PharmDr. Cimalová	
RBP	Jan Vomlela	

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Hrazené služby poskytované v zařízeních specializované ambulantní zdravotní péče **odbornosti 603 a 604** – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie v období od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014 pojištěncům zdravotní pojišťovny budou hrazeny výkonově dle platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, s **hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč**.
2. Měsíční předběžná úhrada bude stanovena ve výši jedné dvanáctiny ze 98% porovnávacího objemu úhrady referenčního období.
3. Celková výše úhrady Poskytovateli:
 - a) poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 bude vypočtena následujícím způsobem:

$$\text{POP}_{\text{zpo}} \times \text{PURO}_0 \times 0,98$$

kde:

POP_{zpo} počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; za unikátního pojištěnce se nebude považovat pojištěnec, na kterého byl vykázán pouze výkon 09 513 (Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem) nebo 09 511 (Minimální kontakt lékaře s pacientem); **hodnoceným obdobím se rozumí rok 2014**

PURO₀ průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; **referenčním obdobím se rozumí rok 2012**

4. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, je zdravotní pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
5. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti (tj. ke změně spektra nasmlouvaných výkonů) 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 zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků.
6. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem počtu těhotných pojištěnek.

7. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
8. Zdravotní služby poskytované nesmluvním poskytovatelem zdravotních služeb budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu ve výši 50 % hodnoty bodu stanovené dle bodu č. 1 a zaokrouhlenou na 2 desetinná místa.
9. Celková výše úhrady bude při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem navýšena stejným způsobem jako v referenčním období, pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nedohodnou jinak.

B) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2012. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2014.

- 1.1. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna poskytovateli snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2, platného znění zákona č. 48/1997 Sb. Referenční hodnota se stanoví jako 105 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období.
- 1.2. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna poskytovateli snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě. Referenční hodnota se stanoví jako 105 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny v referenčním období. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou 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. 1. 2014 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

2. Regulační omezení se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1, popřípadě 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem úměrně upraví hodnoty průměrných úhrad v referenčním období.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo nemělo uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodu 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2014 nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2014 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
6. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2014, vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny na rok 2014.
7. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za ZUM a ZULP za rok 2014.
8. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek nad 15.000 Kč, nebudou tyto náklady zahrnuty do regulačních omezení.

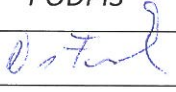
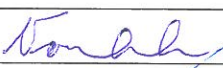
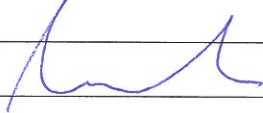
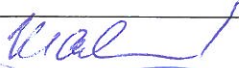
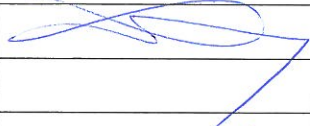
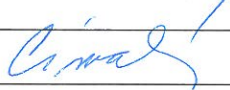
Prezenční listina

2. jednání Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2014

ze dne 23. 7. 2013 v 15:00 hod.

Česká stomatologická komora, Slavojova 22, Praha 2

SKUPINA POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍCH GYNEKOLOGICKÝCH SLUŽEB

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA	JMÉNO ÚČASTNÍKA	PODPIS
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	PAVEL FRÝKA	
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	LUBMILA PŮKOVÁ	
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	JAN VOMLELA	
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	BENEŠOVÁ ANNA	
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	JIRÍ DRAŽEK	
	L. MACHÁČKOVÁ	
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ELKA ZATÍČOVÁ	
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	IANA CÍMALOVÁ	

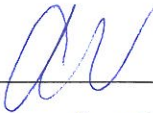
Prezenční listina

2. jednání Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad
zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a
regulačních omezeních pro rok 2014

ze dne 23. 7. 2013 v 15:00 hod.

Česká stomatologická komora, Slavojova 22, Praha

SKUPINA POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍCH GYNEKOLOGICKÝCH SLUŽEB

JMÉNO ÚČASTNÍKA	PODPIS	
Carole Neudle		OSGBH
EVA SOKOLOVÁ		APRIMED
ALEX SIMEJŠEK		VSČR
VLADIMÍR DUBČÁK		SSČR

HOSTÉ: