

**P R O T O K O L Z JEDNÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A SKUPINY
POSKYTOVATELŮ MIMOÚSTAVNÍ GYNEKOLOGICKÉ PÉČE PRO OBDOBÍ
ROKU 2011, KONANÉHO DNE 30. 8. 2010**

Datum a čas konání: 30. 8. 2010
Místo konání: Ústředí VZP ČR, Orlická 4/2020
Účastníci jednání: dle přiložené prezenční listiny

Jednání se uskutečnilo v souladu s „Jednacím řádem dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění“.

Výsledkem jednání přípravné fáze dle Jednacího řádu je po hlasování zdravotních pojišťoven a sdružení poskytovatelů následující dohoda, která byla schválena 100 % hlasů přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a 100% hlasů zástupců sdružení poskytovatelů:

Zdravotní péče poskytovaná zařízeními mimoústavní gynekologické péče bude hrazena dle individuálního smluvního ujednání mezi konkrétním zdravotnickým zařízením a konkrétní zdravotní pojišťovnou (např. výkonovým způsobem ve smluvně sjednané hodnotě bodu, výkonovým způsobem do limitu maximální úhrady, paušálním způsobem úhrady 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 2011 hrazena dle níže uvedených pravidel:

**Článek 1.
Úhrada**

1. Zdravotní péče poskytovaná v zařízeních specializované ambulantní zdravotní péče **odbornosti 603 a 604** – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie v období od 1.1.2011 do 31.12.2011 pojištěncům Pojišťovny bude hrazena 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 100% porovnávacího objemu úhrady referenčního období, nebo ve skutečné výši vykázané zdravotnickým zařízením za zdravotní péči v hodnotě bodu dle čl. 1, bodu 1.
3. Celková výše úhrady zdravotnickému zařízení bude vypočtena následovně:
 - a) poskytujícímu zdravotní péči v odbornosti 603 nebo v odbornosti 604 bude vypočtena následujícím způsobem:

$$\text{POP}_{zpo} \times \text{PURO}_o \times I_{nu}$$

kde:

POP_{zpo} – počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v odbornostech 603 a 604 ZZ v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2011;

PURO_o – průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v odbornostech 603 a 604 ZZ v referenčním období. Referenčním obdobím se rozumí rok 2009.

I_{nu} – index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,00

- b) poskytujícímu zdravotní péči současně v odbornosti 603 a v odbornosti 604 nepřekročí částku rovnající se součtu částek za jednotlivé odbornosti, kde se částka za jednotlivou odbornost vypočte následujícím způsobem:

$$\text{POP}_{zpo} \times \text{PURO}_o$$

kde:

POP_{zpo} počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném období

PURO_o se vypočte takto:

$$\text{PURO}_o = \text{PPBRO}_o \times \text{RDHB} + \text{PUZUMRO}_o + \text{PUZULPRO}_o$$

kde:

PPBRO_o průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v referenčním období, přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2011

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 a 604, podle seznamu výkonů, u zdravotní pojišťovny v referenčním období, která se stanoví jako podíl celkové úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou za zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 a 604, podle seznamu výkonů, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za referenční období a celkového počtu bodů za zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením v odbornosti 603 a 604 vykázaných za referenční období a zdravotní pojišťovnou uznaných

PUZUMRO_o průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v referenčním období

PUZULPRO_o průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v referenčním období

4. Celková výše úhrady podle bodu 3 bude, při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, navýšena stejným způsobem jako v roce 2009, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak.
5. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, je zdravotní pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.
6. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. ke změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 3 navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních 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 1,- Kč, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.
7. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem počtu těhotných pojištěnek.
8. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení 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.
9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním období nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00; zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 2 písm. a) a b). V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.

Článek 2.

Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
Referenčním obdobím se rozumí rok 2009. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2011.

- 1.1. Pokud ZZ dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Pojišťovna je oprávněna ZZ 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 100 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané ZZ na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období. Referenčním obdobím se rozumí rok 2009.
- 1.2. Pokud ZZ dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, Pojišťovna je oprávněna ZZ snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě. Referenční hodnota se stanoví jako 100 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny v referenčním období. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu prováděné ZZ, které má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu.
2. Regulační omezení se nepoužijí, pokud ZZ odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1. a 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče, Pojišťovna po dohodě se ZZ úměrně upraví hodnoty průměrných úhrad v referenčním období.
4. V případě, že ZZ v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenou smlouvu s Pojišťovnou, může Pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodu 1.1. a 1.2. referenční hodnoty srovnatelných ZZ.

5. Pokud ZZ ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1. a 1.2. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.

6. Pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2., pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2011 nepřevýší na tento druh zdravotní péče předpokládanou výši úhrad na rok 2011 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.

7. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1.1. a 1.2. maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou ZZ za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za ZUM a ZULP za rok 2011.

8. Pokud ZZ vykáže zdravotnický prostředek nad 15.000 Kč, nebudou tyto náklady zahrnuty do regulačních omezení.

Výsledek hlasování:

Za zdravotní pojišťovny

Souhlas: 9

Nesouhlas: 0

Zdržel se hlasování: 0

Za poskytovatele

Souhlas: 2

Nesouhlas: 0

Zdržel se hlasování: 0

Návrh byl přijat.

V Praze dne 30. 8. 2010

Za zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovna	Jméno	Podpis
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky		
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna		
Oborová zdravotní pojišťovna zam. bank, pojišťoven a stavebnictví		
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna		
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky		
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda		
Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE		
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky		
Zdravotní pojišťovna MÉDIA		

Za skupinu poskytovatelů:

Poskytovatelé domácí zdravotní péče	Jméno	Podpis
--	--------------	---------------

APRIMED zájmové sdružení NZZ		
Česká lékařská komora o.s.		
Lékařský odborový klub - Svaz českých lékařů		
Sdružení soukromých gynekologů ČR		
Gynekologové a chirurgové Slovácka		