

Protokol o nedohodě

v segmentu mimoústavní ambulantní specializované péče
v přípravné fázi dohodovacího řízení o hodnotě bodu a výši úhrad pro rok 2011..

Výsledek posledního dne jednání 30.8.2010.

Po diskuzi byly hlasovány dva návrhy:

I. Návrh Svazu zdravotních pojišťoven (viz příloha č. 1)

Výsledek hlasování:

ZP pro 8, proti 0, 1 se zdržela.

Poskytovatelé: . Pro 0 hlasů, proti 4934,9 hlasů , zdrželo se 281 hlasů.

Návrh nebyl přijat.

II. Návrh Všeobecné zdravotní pojišťovny po úpravách dle návrhů zdravotnických zařízení (viz příloha č. 2)

Výsledek hlasování:

ZP pro 1, proti 0, 8 se zdrželo.

Poskytovatelé: .Pro 4108,65 hlasů, proti 0 hlasů, zdrželo se 1107,25 hlasů.

Návrh nebyl přijat.

Následně Svaz zdravotních pojišťoven navrhl text pro parciální dohodu pro vyjmenované odbornosti.

Výsledek hlasování:

ZP: pro všechny.

Poskytovatelé: pro všemi hlasy..

Návrh SZP pro parciální dohodu byl přijat.

Výsledkem posledního dne jednání ve věci hodnoty bodu a výše úhrad v roce 2011 mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení v segmentu mimoústavní ambulantní specializované péče je tedy nedohoda s parciální dohodou pro odbornosti 305, 306, 308, 309, 901, 903, 910,, 927, hemodialýzy, výkonů , 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 odbornosti 403, výkonů 75347 a 75348 odbornosti 705, výkonů 15101 a 15105 odbornosti 105:

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši:

- a) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení ve smluvních odbornostech 305, 306, 308, 309, 901 vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů, společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení ve smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie, podle seznamu výkonů,
- b) 1,06 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči,
- c) 1,00 Kč pro zdravotnická zařízení odbornosti 903 – klinická logopedie a pro zdravotnická zařízení odbornosti 927 – ortoptista, podle seznamu výkonů,
- d) 0,71 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů, odbornosti 403 – radiační onkologie, podle seznamu výkonů,
- e) 0,50 Kč pro výkony 75347 a 75348, podle seznamu výkonů, odbornosti 705 – oftalmologie,
- f) 1,03 Kč pro výkony 15101 a 15105, podle seznamu výkonů, odbornosti 105 – gastroenterologie,

B) Regulační omezení pro zdravotnická zařízení poskytující specializovanou ambulantní péči

1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne v dané odbornosti, v hodnoceném období průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál (dále také jen ZÚM a ZÚLP) vyšší než 105 % průměrné úhrady v referenčním období na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 105 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne v dané odbornosti v hodnoceném období průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vyšší než 105 % průměrné úhrady v referenčním období na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 105 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne v dané odbornosti v hodnoceném období průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a v odbornosti 902 vyšší než 105 % průměrné úhrady v referenčním období na jednoho unikátního pojištěnce, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za

vyžádanou péči (nad 105 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu.

4. Regulační omezení podle bodů 1 až 3 se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad v dané odbornosti podle bodu 1, podle bodu 2, popřípadě podle bodu 3.
5. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2011 nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2009.
6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v mimonemocničních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2011 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovna, po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
8. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, může zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním 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 regulace podle bodů 1. až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
10. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada součtu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a v odbornosti 902 v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tyto druhy zdravotní péče na rok 2011 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
11. Zdravotní pojišťovna smí uplatnit regulační srážky dle bodů 1. až 3. maximálně u 20% zdravotnických zařízení příslušné odbornosti a to u těch, u kterých je překročení regulačních limitů nejvyšší.

12. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2011.
13. Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.
14. Zdravotní pojišťovny poskytnou zdravotnickým zařízením ve čtvrtletních intervalech přehledné informace průběžných nákladů těchto zdravotnických zařízení na jimi předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, ZÚM, ZÚLP a indukovanou péči, pokud o to zdravotnické zařízení požádá.
15. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zachovávají zdravotní pojišťovny po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení, během hodnoceného období, nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení.
16. Referenčním obdobím pro všechny body odstavce B) Regulační omezení je myšleno příslušné pololetí roku 2009.

C) Regulační omezení pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči

1. Pokud Zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona 48/1997 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 90 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, může Pojišťovna Zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 90 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě Zdravotnického zařízení a Pojišťovny (dále jen Smlouva).
2. Pokud Zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 90 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, může Pojišťovna Zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku ve výši odpovídající 40 % zvýšených nákladů za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 90 %), a to způsoby obsaženými ve Smlouvě. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

3. Pokud Zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 90 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, může Pojišťovna Zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 90 %), a to způsobem obsaženým ve Smlouvě. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu a screeningu karcinomu děložního hrdla prováděné Zdravotnickým zařízením, které má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu.
4. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí roku 2009.
5. Regulační omezení podle bodu 1.2 odst. 1 až 3 se nepoužijí, pokud Zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle článku bodu 1.2 odst. 1, 2, popřípadě odst. 3.
6. Regulační omezení podle bodu 1.2 odst. 1 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2011 nepřevyší u Pojišťovny 100 % úhrad na tento druh zdravotní péče v roce 2009.
7. Regulační omezení podle bodu 1.2 odst. 2 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny na rok 2011.
8. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), Pojišťovna po dohodě se Zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
9. U Zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu s Pojišťovnou, může Pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodu 1.2 odst. 1 až 3 referenční hodnoty srovnatelných Zdravotnických zařízení.
10. Pokud Zdravotnické zařízení 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 bodu 1.2 odst. 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
11. Regulační omezení podle bodu 1.2 odst. 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny na rok 2011.
12. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1.2 odst. 1 až 3 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2011.
13. Pokud Zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15.000 Kč, schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.
14. Pokud bude poměr mezi vykázanými výkony 18550 (hemodiafiltrace) a 18522 (chronická hemodialýza) v hodnoceném období vyšší než 3/2, budou výkony 18550 vykázané v aktuálním období nad poměr v referenčním období hrazeny s bodovou hodnotou jako výkon 18522.
15. Hodnoceným obdobím se pro účely výpočtu regulačních mechanismů rozumí příslušné pololetí roku 2011, referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí roku 2009.

V příloze podpisová listina účastníků jednání stvrzující tento závěr a všechny poslední den hlasované návrhy.

Za formální správnost odpovídá MUDr. Zorjan Jojko, koordinátor segmentu.