

Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních

(pracovní verze 20.8.2007)

Výchozí předpoklady:

- nárůst zdrojů o 5 % (bude upřesněno najednání analytické komise dne 22.8.2007)
- zavedení regulačních poplatků
- pokles objemu péče v segmentu amb. speczdrav. péče minimálně o 10 % (max. odhady až o 30%)
- snížení počtu výkonů (vykázaných bodů ...) v segmentu ambulantní specializované péče
- v důsledku zavedení regulačních poplatků nesmí znamenat přesun finančních zdrojů do jiného segmentu
- zavedení regulačních poplatků rozkolísá úroveň průměrných nákladů na výkony, na léky a na vyžádanou péči na ošetřeného pojištěnce (unicitní rodné číslo) - regulace a úhradová
- omezení založená na těchto průměrech bez výrazných risk koridorů event. dalších úprav
- jsou zcela nepřijatelné
- průměrně dosažená cena bodu za ambulantní specializovanou péči v roce 2006 činila 0,85 Kč (???) - bude upřesněno 22.8.2007 v roce 2007 by se průměrná cena bodu měla zvýšit o 3% a v roce 2008 o 5 %, tj. bez dopadů
- zavedení reg. poplatků by měla činit v průměru 0,92 Kč odhadovaný minimálně 10 % propad počtu vykázaných bodů by měl být kompenzován zvýšením ceny bodu cca o 10 % hranice „statistické nevýznamnosti“ nastavená na 50 unicitních rodných číslech by měla být posunuta na 200 URČ

Návrh:

- výkonový způsob úhrady
- minimální cena bodu 1,02 Kč, tj. 0,85 Kč (rok 2006) x 1,03 (navýšení v roce 2007) x 1,05 (navýšení v roce 2008) + 0,10 Kč (kompenzace propadu výkonů o minimálních 10 % oproti roku 2007) - bude upřesněno na základě závěrů analytické komise dne 22.8.2007
- nelékařské odbornosti cena bodu 1,10 Kč + navýšení minutové reže
- hemodialýza cena bodu 1,xx Kč
- pololetní režim KORKO
- omezení objemu péče - limitem vycházejícím z počtu bodů vykázaných v ref. období, zohlednění změny počtu ošetřených pojištěnců + korekce dopadu zavedení regulačních poplatků - 10 % „risk koridor“, zohlednění zvýšení DPH a inflace u ZUM a ZULP, eliminace statistických chyb u počtu ošetřených pojištěnců pod 200 URČ
- nad stanovený limit - snížená cena bodu na 50 % základní ceny bodu
- omezení objemu péče by zdravotní pojišťovna neuplatnila pokud by nebyl překročen počet bodů vykázaných v roce 2007
- dodatečné navýšení ceny bodu, pokud by skutečný propad výkonů segmentu (vyjádřený ve vykázaných bodech) byl vyšší než o 10 % oproti roku 2007
- regulační omezení na léky a vyžádanou péči vychází ze současně uplatňovaného modelu, posunutí limitů pro uplatnění regulací (vliv zvýšení DPH, inflace ale zejména rozkolísání průměrných hodnot v důsledku zavedení regulačních poplatků)
- regulační opatření doplněna o povinnost pojišťovny dodatečně snížit nastavené limity pro uplatnění regulací tak, aby vypočtenou regulační srážkou bylo postiženo maximálně 15 % smluvních zdravotnických zařízení.

Pozn:

Nutno znovu jednat s MF a MZ o zvýšení limitu maximální ceny bodu - 1,10 Kč..

(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 minimálně ve výši:

- a) **1,02 Kč** - pro všechna ambulantní zdravotnická zařízení kromě zdravotnických zařízení poskytující péči v odbornostech 901, 903 a 927 a kromě výkonů hemodialyzační péče poskytované v ambulantních zdravotnických zařízeních,
- b) 1,10 Kč pro výkony zdravotnických zařízení smluvní odbornosti 901 — klinická psychologie, 903 - klinická logopedie a 927 - ortoptisté,
- c) **1,xx Kč** pro výkony hemodialyzační zdravotní péče poskytované v ambulantních zdravotnických zařízeních.

(2) Pro odbornosti 901, 903 a 927 (kde nedošlo ke zvýšení bodového ohodnocení výkonů v souvislosti se změnami mzdových indexů) mohou zdravotní pojišťovny zvýšit minutovou režijní sazbu k výkonům o **xxx bodu** oproti sazbám stanoveným vyhláškou MZ č. 134/1998 Sb. v platném znění, (Poznámka: Pokud by MF zvýšilo cenu maximálního bodu a cena bodu dle písm. b) by se zvýšila na 1,1X Kč, ustanovení (2) by bylo vypuštěno)

(3) V souladu s ustanoveními § 41 zákona č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů se stanovuje omezení objemu úhrad časovou regulací - limitem času nositele výkonu 10 hodin na kalendářní den, přičemž toto omezení úhrady bude stanovováno čtvrtletně a vypořádáno pololetně (tj. současně za I. a II. čtvrtletí a současně za III. a IV. čtvrtletí), a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného pololetí.

(4) V souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů se stanovuje limit omezení objemu poskytované zdravotní péče jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Limit omezení objemu poskytované péče se stanoví jako součet limitů stanovených pro jednotlivé odbornosti nasmlouvané daným zdravotnickým zařízením s příslušnou zdravotní pojišťovnou takto:

$$\text{LOOPo} = (\text{PBro} + \text{ZUMro} \times 1,08 + \text{ZULPro} \times \text{L08}) \times 1,10 \times \text{Izpop} \times \text{Kes}$$

kde:

LOOPo	limit omezení objemu poskytované zdravotní péče daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti pro pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny
PBro	celkový počet zdravotnickým zařízením v dané odbornosti vykázaných a příslušnou zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za zdravotní výkony za referenční období
ZUMro	celkový objem zvlášť účtovaného materiálu vykázaný daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti a příslušnou zdravotní pojišťovnou uznaný za referenční období
ZULPro	celkový objem zvlášť účtovaných léčiv vykázaný daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti a příslušnou zdravotní pojišťovnou uznaný za referenční období
Izpop	index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti. Tento index se určí jako podíl celkového počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném období k celkovému počtu

unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období. Pokud by hodnota tohoto indexu klesla pod 1,00, použije se snížená hodnota navýšená o + 0,10 v tomto případě však maximálně na úroveň 1,00.

Kes koeficient eliminace statistické chyby. Hodnotu tohoto koeficientu stanoví zdravotní pojišťovny pro příslušnou odbornost v návaznosti na počet unikátních pojištěnců ošetřených daným zařízením v dané odbornosti v referenčním období takto:

50 - 100 RČ	Koef. = 1,10
101 - 150 RČ	Koef. = 1,05
151 - 200 RČ	Koef. = 1,03
nad 201 RČ	Koef. = 1,00

Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné kalendářní pololetí roku 2008, referenčním obdobím se rozumí odpovídající kalendářní pololetí roku 2007.

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.

(5) U zdravotnických zařízení, která v referenčním období neexistovala, event. která neposkytovala péči v dané odbornosti, mohou zdravotní pojišťovny pro účely výpočtu limitu omezení objemu úhrady použít údaje za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.

(6) U zdravotnických zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného spektra zdravotnických služeb (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) v některé odbornosti k nárůstu objemu vykázané zdravotní péče, se po vyhodnocení objemu péče za hodnocené období limit omezení objemu péče pro příslušnou odbornost určený dle výše uvedených pravidel dodatečně navýší o zdravotnickým zařízením vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný celkový počet bodů za nově nasmlouvané výkony.

(7) U zdravotnických zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvané kapacity zdravotnických služeb (tj. změně nasmlouvaného úvazku nositele výkonů, resp. nasmlouvaného PKC) v některé odbornosti k nárůstu objemu vykázané zdravotní péče, se po vyhodnocení objemu péče za hodnocené období limit omezení objemu péče pro příslušnou odbornost určený dle výše uvedených pravidel úměrně navýší.

(8) Zdravotní pojišťovny dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšený objem zdravotnickým zařízením v dané odbornosti vykázaného ZUM a ZULP byl způsoben zvýšením cen event. v důsledku změn legislativy upravující výdej léčiv a PZT.

(9) Limit omezení objemu zdravotní péče stanoví zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením na období 1. pololetí 2008 nejpozději do 31.1.2008 a na období 2. pololetí 2008 nejpozději do 31.7.2008, a to včetně jeho výpočtu dle jednotlivých zdravotnických zařízení nasmlouvaných odborností.

(10) Zdravotní péče provedená zdravotnickým zařízením nad objem definovaný v bodech (4) až (9) hradí zdravotní pojišťovny rovněž podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony (vč. ZUM a ZULP), avšak s hodnotou bodu stanovenou ve výši 0,51 Kč.

(11) Ustanovení odstavců (4) až (10) se nepoužijí:

a) V případech, kdy byl ve zdravotnickém zařízení v referenčním nebo hodnoceném období ošetřen v některé odbornosti statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Za statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se pro tyto účely považuje méně než 50 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 „PKC“) 1,00. Limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců se přepočítává nasmlouvanou hodnotou úvazku, resp. PKC, pro danou odbornost.

b) U zdravotnických zařízení smluvní odbornosti 901 - klinická psychologie, 903 - klinická logopedie, 927 - ortopedie a ambulantních dialyzačních zařízení odbornosti 128.

c) Na zdravotní péči poskytovanou pojištěncům z členských států EU, Islandu, Lichtenštejnská a Norska^{1/}, pojištěncům z dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny Smlouvy o sociálním zabezpečení^{2/}.

(12) Zdravotní pojišťovna nebude uplatňovat ustanovení odst. (4) až (10), pokud celkový počet bodů vykázaných za ambulantní specializovanou péči v hodnoceném období všemi smluvními zdravotnickými zařízeními nepřekročí počet bodů vykázaných za ambulantní specializovanou péči všemi smluvními zdravotnickými zařízeními za referenční období vynásobený indexem změny počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v hodnocené období oproti období referenčnímu. Údaje o celkových počtech vykázaných bodů za referenční období oznámí zdravotní pojišťovny zástupcům smluvních zdravotnických zařízení za I. pololetí 2007 do 31. ledna 2008 a za II. pololetí 2007 do 31. července 2008. Údaje o počtech vykázaných bodů za hodnocené období zveřejní zdravotní pojišťovny do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

(13) Pokud u jednotlivé zdravotní pojišťovny dojde v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008 k poklesu celkového počtu bodů vykázaných ambulantními zdravotnickými zařízeními za ambulantní specializovanou péči, který by byl vyšší než o 10 % oproti celkovému počtu bodů vykázaných za tento druh péče v roce 2007, přičemž počet bodů za rok 2008 se pro účely tohoto porovnání vynásobí indexem změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, tato zdravotní pojišťovna dodatečně navýší cenu bodu dle ustanovení bodu (1) tak, aby v roce 2008 nedošlo v důsledku zavedení regulačních poplatků ke snížení celkového objemu úhrad za ambulantní specializovanou péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními oproti roku 2007. Objem úhrad za rok 2007 se pro tyto účely vynásobí indexem změny počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny a indexem průměrné míry inflace za rok 2007. Údaje o celkovém objemu úhrad za ambulantní specializovanou péči poskytovanou ambulantními zdravotnickými zařízeními poskytnou zástupcům poskytovatelů jednotlivé zdravotní pojišťovny za rok 2007 do 30.6.2008 a za rok 2008 nejpozději do 30.6.2009. Doplatky v důsledku případného dodatečného navýšení ceny bodu uhradí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do 30.6.2009.

1/ podle příslušných předpisů Evropské Unie (Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72

2/ Smlouva mezi Českou republikou a Svazovou republikou Jugoslávie o sociálním zabezpečení
Smlouva mezi Českou republikou a Chorvatskou republikou o sociálním zabezpečení
Smlouva mezi Českou republikou a Rumunskou republikou o sociálním zabezpečení
Smlouva mezi Českou republikou a Tureckou republikou o sociálním zabezpečení

(14) Regulační omezení:

1. 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. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mammografického screeningu ^{3/}.

1.1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za předepsaná léčiva a ZP v hodnoceném období vyšší než 120 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce příslušné ZP za předepsaná léčiva a ZP daného ZZ dosažené v odpovídajícím pololetí 2007, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 40 % zvýšených výdajů za předepsaná léčiva a ZP (nad 120 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

1.2. 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 dle bodu 1.1 odpovídajícím způsobem zohlední, případně tuto regulaci nepoužije.

1.3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 116 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce příslušné ZP za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech daného ZZ dosažené v odpovídajícím pololetí 2007, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 40 % zvýšených výdajů za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (nad 116 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

1.4. Pokud by na základě výpočtu regulačních opatření dle bodu 1.1 nebo dle bodu 1.3 měla být uplatněna regulační srážka u více než 15 % smluvních zdravotnických zařízení, sníží příslušná zdravotní pojišťovna limity pro uplatnění příslušného regulačního opatření tak, aby počet zdravotnických zařízení s vypočtenými regulačními srážkami nepřekročil hranici 15 % smluvních zdravotnických zařízení.

1.5. 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 v odbornosti 809 hodnotou bodu 1,04 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu 0,86 Kč.

1.6. U zdravotnických zařízení, 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.

1.7. U zdravotnických zařízení, která v referenčním období neexistovala, mohou zdravotní pojišťovny použít pro účely uplatnění regulačních omezení dle bodu 1.1 a 1.3 průměry za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.

^{3/} Výkony č. 89221, 89813 a 89913 provedené zdravotnickými zařízeními akreditovanými pro provádění mammografického screeningu

2. Údaje o průměrných hodnotách úhrad za předepsaná léčiva a ZP - včetně léků a ZP schválených revizními lékaři a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech vztažených na jednoho unikátního pojištěnce dosažených zdravotnickým zařízením v referenčních obdobích a údaje o počtech unikátních pojištěnců ošetřených v referenčních obdobích oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením za 1. pololetí 2007 nejpozději do 31.1.2008 a za 2. pololetí 2007 do 31.7. 2008.

3. 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 snížené o objem úhrady za ZUM a ZULP za hodnocené období.

4. 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 1. Definice statisticky nevýznamného počtu pojištěnců je obsažena v ustanovení bodu (10), písm. a).

5. Zdravotní pojišťovny nebudou uplatňovat regulaci podle bodu 1.1, 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.

6. Zdravotní pojišťovny nebudou uplatňovat regulaci podle bodu 1.3, 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.

7. Zdravotní pojišťovny zveřejní údaje o celkovém počtu zdravotnických zařízení, u nichž byly uplatněny jednotlivé regulační omezení a údaje o celkové výši vypočtených regulačních srážek, a to včlenění dle bodů 1.1 a 1.3.

(15) Zdravotní pojišťovny poskytnou zdravotnickým zařízením předběžné úhrady buď ve výši jedné šestiny 105 % objemu úhrady za referenční období anebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zachovají zdravotní pojišťovny po celé hodnocené období. Předběžné úhrady za hodnocené pololetí budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, tj. vč. vyhodnocení omezení úhrad, omezení objemu péče a regulačních opatření dle bodu (12), a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

(16) Jiný způsob úhrady a regulace je možný, pokud se zdravotní pojišťovna a ZZ na takovém způsobu úhrady a regulace dohodnou a tento způsob nebude v rozporu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Předkladatel návrhu jiného způsobu úhrady je v tomto případě povinen předložit druhé smluvní straně současně s návrhem jiného způsobu úhrady a regulace i návrh úhrady a regulace dohodnutý v dohodovacím řízení, a to v doslovném znění bez jakýchkoli doplnění či odchylek. Pokud jedna ze smluvních stran s návrhem jiného způsobu úhrady a regulace nesouhlasí, jsou smluvní strany povinny sjednat způsob úhrady a regulace dohodnutý v dohodovacím řízení.