

Návrh VZP na úhradu zdravotní péče v segmentu ambulantní specializované péče v roce 2008

1. Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních s výjimkou odborností hemodialýza -128, gynekologie -603, dětská gynekologie -604, klinická psychologie -901, klinická logopedie -903, ortoptisté -927

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 0,92 Kč.

2. Hemodialyzační zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních odbornosti 128 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), kdy hodnota bodu se stanoví ve výši 1,04 Kč.

Úhrada léčiv ATC skupiny B03XA01 a B03XA02 vykazovaných jako ZULP k výkonům dialýzy bude hrazena na základě smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zástupci poskytovatelů.

3. Zdravotní péče v odbornosti klinická psychologie, klinická logopedie a ortoptická péče 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 1,10 Kč s výjimkou výkonů autorské odbornosti psychoterapie, které budou hrazeny hodnotou bodu 0,92 Kč.

4. Zdravotní péče v ambulantních zařízeních odbornosti gynekologie -603 a dětská gynekologie -604 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), s hodnotou bodu 0,92 Kč a s omezením maximální úhradou na unikátního pojištěnce .

Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení za hodnocené období se určí po ukončení hodnoceného období, a to jako maximální úhrada pro dané zdravotnické zařízení za péči poskytnutou odbornostmi gynekologie nasmlouvané tímto zdravotnickým zařízením s příslušnou zdravotní pojišťovnou (při nasmlouvání obou odborností jedním ZZ se maxu počítá z obou odborností dohromady). Hodnoceným obdobím je celý rok 2008. Maximální úhrada za gynekologii se určí takto:

$$\text{MUgyn} = \text{POPzpgyn} \times \text{PUROgyn} \times \text{Inu}$$

kde:

MUgyn - maximální úhrada za odbornosti gynekologie (odb. 603, 604)

POPzpgyn - počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v odbornostech gynekologie zdravotnickým zařízením v hodnoceném období

PUROgyn - průměrná úhrada za výkony, vč. ZUM a ZULP na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v odbornostech gynekologie daným zdravotnickým zařízením v referenčním období

Inu - index nárůstu úhrad
Pro rok 2008 bude použita hodnota $\text{Inu} = \text{minimálně } 1,03$.

U zdravotnických zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce v gynekologii, se maximální úhrada dle výše uvedených pravidel navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, vč. ZUM a ZULP.

Zdravotní pojišťovny dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšené průměrné náklady na ZUM a ZULP na 1 unikátního pojištěnce v gynekologii byly způsobeny zvýšením cen, v důsledku změn legislativy upravující výdej léčiv a PZT.

Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený daným zdravotnickým zařízením v odbornostech gynekologie v příslušném roce 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 roce vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát

Údaje o průměrných počtech bodů a průměrných úhradách za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtovaných léčivech na jednoho unikátního pojištěnce podle odborností dosažené zdravotnickým zařízením v referenčním období a počty unikátních pojištěnců ošetřených v daných odbornostech v referenčním období oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením za rok 2007 nejpozději do 31.3.2008

U nových zdravotnických zařízení odbornosti 603 a 604 bez referenčního období se úhrada stanovuje výkonově, s HB = 0,92 Kč

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

časová regulace dle § 41 zákona 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, (tj. 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)

6. 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^{4/} a screeningu karcinomu děložního hrdla.

- a) 1.1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za předepsaná léčiva a ZP v hodnoceném pololetí vyšší než 100 % stanovené referenční hodnoty, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 40 % zvýšených výdajů za předepsaná léčiva a ZP (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Referenční hodnota se stanoví ve výši 105% průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce příslušné ZP za předepsaná léčiva a ZP daného ZZ dosažené v odpovídajícím pololetí 2007.

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.

-
- a) 1.3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném pololetí vyšší než 100 % stanovené referenční hodnoty, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 40 % zvýšených výdajů za předepsaná léčiva a ZP (nad 100 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Referenční hodnota se stanoví ve výši 105 % průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce příslušné ZP za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech daného ZZ dosažené v odpovídajícím pololetí 2007.

1.4. 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.

1.5. U zdravotnických zařízeních, 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.

1.6. U zdravotnických zařízeních, 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 (průměry za KP nebo ČR).

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 vztahených 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 odst. (4), 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.

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.