

P R O T O K O L

Z JEDNÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A SKUPINY POSKYTOVATELŮ V AMBULANTNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH ODBORNOSTÍ 603 A 604 PRO OBDOBÍ ROKU 2010, KONANÉHO DNE 1. 9. 2009

Datum a čas konání : 1. 9. 2009, v 16:00.
Místo konání : ČNZP, Praha 1, Ječná 39
Svolavatel jednání : MZ ČR
Účastníci jednání : viz přiložená prezenční listina

Jednání se uskutečnilo v souladu s „Jednacím řádem dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění“ a navázalo na jednání, která se konala dne 9. 6. a 25. 8. 2009.

Výsledkem jednání dle Jednacího řádu je po hlasování zdravotních pojišťoven a poskytovatelů následující dohoda (schváleno 100 % hlasů zástupců zdravotních pojišťoven a hlasy všech přítomných zástupců sdružení poskytovatelů s výjimkou sdružení APRIMED, které se zdrželo hlasování). Nedílnou součástí tohoto protokolu je prezenční listina z dnešního jednání, tj. 1. 9. 2009.

Návrh VZP ČR na úhradu zdravotní péče v ambulantních zdravotnických zařízeních v odbornostech 603 a 604 na rok 2010 DŘ 1.9.2009

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč
2. Celková výše úhrady zdravotnickému zařízení
 - a) poskytujícímu zdravotní péči v jedné z odborností 603 a 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times \text{Inu}$$

kde:

POPzpo	počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v roce 2010; unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v příslušném roce alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném roce vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát
PUROo	průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v roce 2008
Inu	index nárůstu úhrad, který činí nejméně 1,06

- 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 takto:

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times \text{Inu}$$

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v roce 2010

PUROo se vypočte takto:

$$\text{PUROo} = \text{PPBROo} \times \text{RDHB} + \text{PUZUMROo} + \text{PUZULPROo}$$

kde:

PPBROo průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v roce 2008, přepočtených podle seznamu výkonů platného k 1.1.2010). Referenčním obdobím se rozumí rok 2008.

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro ambulantní specializovanou péči, poskytnutou zdravotnickým zařízením, u zdravotní pojišťovny v roce 2008, která se stanoví jako podíl celkové úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení zdravotní pojišťovnou za ambulantní specializovanou péči snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2008 a celkového počtu bodů za ambulantní specializovanou péči zdravotnickým zařízením vykázaných za příslušný rok 2008 a zdravotní pojišťovnou uznaných

PUZUMROo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v roce 2008

PUZULPROo průměrná úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v roce 2008

Inu index nárůstu úhrad, který činí nejméně **1,06**

Systém bonifikací nad rámec maximální úhrady zůstane pro dané zdravotnické zařízení shodný s rokem 2009, pokud budou splněna požadovaná kritéria a pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.

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.

Referenčním obdobím pro výpočet výše úhrady dle článku A) odst. 1 a 2 se rozumí rok 2008.

Zdravotní pojišťovna umožní individuálně nasmlouvat se zdravotnickým zařízením úhradu za balíčkovou cenu.

3. U zdravotnického zařízení, kde oproti roku 2008 dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2 odst. A) 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.

4. 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.
5. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy došlo k nárůstu nákladů související s nárůstem těhotných pacientek.

B) Regulační omezení

Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči v autorských odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále vyjmenované odbornosti).

- 1.1 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než referenční hodnota průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna zdravotnickému zařízení, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. 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. Referenční hodnota se stanoví jako 100% průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2008.
- 1.2 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než referenční hodnota průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna je oprávněna zdravotnickému zařízení, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Referenční hodnota se stanoví jako 100% průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2009, maximálně však do výše 108 % průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v roce 2008. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu, prováděné zdravotnickým zařízením, které má s pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu.
2. Regulační omezení podle odst. 1 a 2. se nepoužijí, pokud Zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle článku B) odst. 1. a 2.
3. Regulační omezení podle článku B) odst. 1. se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní péči v odbornostech 603 a 604 v roce 2010 nepřevyší 108 % průměrné úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané odbornostmi 603 a 604 v roce 2008.
4. 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.
5. V případě, že Zdravotnické zařízení v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu s Pojišťovnou, je Pojišťovna oprávněna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle článku B) odst. 1. a 2. referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
6. 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 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.

7. Pojišťovna neuplatní regulaci podle článku B) odst. 2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2010 nepřevyší na tento druh zdravotní péče předpokládanou výši úhrad na rok 2010, vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
8. Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle článku B) odst. 1. a 2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou Zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za ZUM a ZULP za rok 2010.
9. Pokud zdravotnické zařízení vykáže zdravotnický prostředek nad 15.000 Kč, nebudou tyto náklady zahrnuty do regulačních omezení.

V Praze dne 1. 9. 2009

Souhlas s výše uvedenou dohodou potvrzují svým podpisem:

Za zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovna	Jméno	Podpis
Česká národní zdravotní pojišťovna		
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna		
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví		
Revírní bratrská pokladna, Zdravotní pojišťovna		
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky		
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky		
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda		
Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE		
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky		
Zdravotní pojišťovna Média		

Za poskytovatele :

Za sdružení	Jméno	Podpis
APRIMED		
Sdružení soukromých gynekologů České republiky		