**Návrh SSN ČR na úhradu zdravotní péče poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, s výjimkou zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, v roce 2013.**

Úhrada zdravotní péče, poskytnutá zdravotnickým zařízením pojištěncům zdravotní pojišťovny a uznaná zdravotní pojišťovnou v roce 2013 zahrnuje:

* 1. úhradu formou případového paušálu (PUdrgalfa2013)
	2. úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu (PUdrgbeta2013),
	3. individuálně smluvně sjednanou složku úhrady (ISU2013),
	4. ambulantní složku úhrady (Uamb2013).

Referenčním obdobím se rozumí rok 2012. Do referenčního období je zařazena veškerá zdravotní péče poskytnutá pojištěncům zdravotní pojišťovny v roce 2012, zdravotnickým zařízením vykázaná do 31. 3. 2013 a zdravotní pojišťovnou uznaná do 31. 5. 2013.

**1. Úhrada formou případového paušálu (PUdrgalfa2013)** zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze (DRGalfa) a stanoví se takto:

**PUdrg2013 = CMred \* ZSalfa2013 – EXTalfa2013**

**kde:**

 CMred redukovaná výše CMalfa2013, která se stanoví dle podmínek:

1. pokud poměr CMalfa2013/(CMalfa2012 \*Izp) je větší než 1,10 a zároveň PPalfadrg je větší než 1,05 potom

 CMred = CMalfa2012 \* 1,10 \*Izp

1. pokud poměr CMalfa2013/(CMalfa2012\*Izp) je menší nebo roven 1,10

a zároveň

 poměr CMalfa2013/(CMalfa2012\*Izp) není větší než PPalfadrg + 0,05 potom

 CMred = CMalfa2013

1. pokud nejsou splněny podmínky dle písm. a) nebo b) pak CMalfa2013 se snižuje o takový počet procentních bodů, který tvoří rozdíl mezi CMalfa2013/(CMalfa2012\*Izp)aPPalfadrg + 0,05

 PPalfa poměr počtu vykázaných a uznaných hospitalizací ukončených v roce 2013, zařazených do skupin vztažených k příslušné diagnóze podle Klasifikace a vykázaného a uznaného počtu hospitalizací ukončených v roce 2012, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace a vynásobených indexem změnu počtu pojištěnců.

Izp index meziroční změny počtu pojištěnců dle kraje a zdravotní pojišťovny (stav k 1.1.2013 a k 1.1.2012). V případě, že index bude menší než 1, použije se pro výpočet hodnota 1.

*varianta a*

ZSalfa2013 základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se pro rok 2013 vypočte takto:

 ZSalfa2013 = [IZSalfa2012 \* 1,07 \* (1 − Kp) + (ZSref \* Kp)] \* Knalfa

**kde:**

 IZSalfa2012 individuální základní sazba použita při vyúčtování r. 2012

 Kp přibližovací koeficient stanovený pro rok 2013 ve výši 0,5

 ZSref referenční (celostátní) základní sazba stanovená pro rok 2013 ve výši 31 565 Kč ( 29 500 Kč x 1,07)

 Knalfa min (1; index nárůstu pojistného za rok 2013 vůči roku 2011)

*Variantní návrh*

 *Knalfa index meziroční inflace k 1.1.2013*

 EXTalfa2013 úhrada za vyžádanou péči, poskytnutou jiným IČZ, při hospitalizacích zařazených do DRGalfa, stanovená výkonově s hodnotou bodu platnou pro příslušný segment.

*varianta b*

ZSalfa2013 jednotná základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se pro rok 2013 stanoví ve výši 31 565 Kč \* Knalfa

 Knalfa min (1; index nárůstu pojistného za rok 2013 vůči roku 2011)

*Variantní návrh*

 *Knalfa index meziroční inflace k 1.1.2013*

EXTalfa2013 úhrada za vyžádanou péči, poskytnutou jiným IČZ, při hospitalizacích zařazených do DRGalfa, stanovená výkonově s hodnotou bodu platnou pro příslušný segment

Zdravotní pojišťovna, po ukončení roku 2013 a na základě žádosti zdravotnického zařízení, uhradí u nákladných případů rozdíl mezi úhradou formou případového paušálu a úhradou za poskytnutou zdravotní péči ohodnocenou výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,91 Kč. Za nákladný případ se považuje takový případ, kdy poskytnutá zdravotní péči ohodnocená výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,91 Kč je 2,5 krát vyšší než úhrada dle případového paušálu.V těchto případech nebude tento případ zahrnut do výpočtu CMred.

Zdravotní pojišťovna, po ukončení roku 2013 a na základě žádosti zdravotnického zařízení, zohlední odečet úhrady z titulu extramurální péče u případů, u kterých odečet za extramurální péči není dostatečně kompenzován v úhradě zdravotnickému zařízení dle případového paušálu. Pokud hodnota extramurální péče daného případu dosáhne hodnoty 80% a více úhrady dle případového paušálu, bude odečet EXT uplatněn ve výši rozdílu mezi .

úhradou formou případového paušálu a úhradou za poskytnutou zdravotní péči v daném zdravotnickém zařízení ohodnocenou výkonovým způsobem s hodnotou bodu 0,91 Kč.

**2. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu (PUdrgbeta2013)** zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin neuvedených pro úhradu formou případového paušálu (DRGbeta). Zdravotní péče bude hrazena výkonově dle Seznamu zdravotních výkonů, s hodnotou bodu ve výši **0,91 Kč.**

**3. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady (ISU2013)** **zahrnuje**:

úhradu za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, hrazené v roce 2013 na specializovaných pracovištích (centra se Zvláštní smlouvou), kdy celková úhrada zdravotnického zařízení je minimálně ve výši 105% objemu úhrady roku 2012.

**4. Ambulantní složka úhrady (Uamb2013)**

Ambulantní zdravotní péče poskytnutá v rámci nemocnic bude hrazena stejným mechanismem úhrady s výjimkou regulace na objem předepsaných léčiv a ZP a na objem vyžádané péče, jakou budou hrazena ambulantní zdravotnická zařízení v jednotlivých ambulantních segmentech s tím, že referenčním obdobím je rok 2012.

Pro výkon 09563 (ústavní pohotovostní služba) a pro výkon 88101 (zdravotní pitva na soudně-lékařských pracovištích) se stanoví hodnota bodu ve výši 0,91 Kč.

Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením pojištěncům zdravotní pojišťovny, u které jsou pojištěni (dále jen „příslušná zdravotní pojišťovna“) v roce 2013, s výjimkou zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převýší 105 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v roce 2012, s výjimkou zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Do celkové úhrady se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená celková úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.V případě, že zdravotnické zařízení poskytlo v roce 2012 zdravotní péči 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna regulaci uvedenou výše neuplatní.

Pokud celková úhrada za vyžádanou péči komplementu a radiodiagnostiky a poskytnutou pojištěncům zdravotní pojišťovny, u které jsou pojištěni (dále jen „příslušná zdravotní pojišťovna“) v roce 2013 převýší 105 % úhrady za vyžádanou péči v roce 2012, může zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. V případě, že zdravotnické zařízení poskytlo v roce 2012 zdravotní péči 100 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna regulaci uvedenou výše neuplatní.

*Variantní text*

Při aplikaci regulačních mechanismů za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči komplementu a radiodiagnostiky budou pravidla sjednaná pro ambulantní specialisty aplikovaná za všechny odbornosti ambulantní specializované péče, tj. bez rozlišování jednotlivých odborností.