Protokol

o nedohodě z přípravné fáze dohodovacího řízení skupiny poskytovatelů akutní ústavní péče a zdravotních pojišťoven

o způsobu úhrad v roce 2014, konaného dne 15. 7. 2013.

(čl2, odst. 2 Jednacího řádu dohodovacího řízení)

Datum a čas konání: 15. 7. 2013 (po přerušení pokračováno dne 24.7.2013 tamtéž)

Místo konání: Ústředí VZP ČR, Praha

Účastníci jednání: viz přiložené prezenční listiny

Jednání se uskutečnilo v souladu s „Jednacím řádem dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení".

Návrhy jednotlivých účastníků a jejich skupin byly předloženy po přerušení v písemné podobě. Tyto návrhy tvoří přílohy č. 1 – 5.

tohoto protokolu.

Po jednání o předložených návrzích a vyjasňování stanovisek účastníků k předloženým návrhům účastníci přípravné fáze dohodovacího řízení přistoupili k hlasování o jednotlivých návrzích.

Žádný z předložených návrhů nezískal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a potřebný souhlas přítomných zástupců profesních sdružení zastoupených v segmentu poskytovatelů akutní zdravotní ústavní péče, jak stanovuje „Jednací řád dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění regulačních omezení".

Výsledky hlasování:

Návrh SZP ČR (příloha č. 1)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas	6
Nesouhlas	0
Zdržel se hlasování	1

Za poskytovatele:

Souhlas	0
Nesouhlas	4
Zdržel se hlasování	0

Návrh nebyl přijat.

Návrh VZP ČR (příloha č. 2)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas	1
Nesouhlas	2
Zdržel se hlasování	4

Za poskytovatele:

Souhlas	0
Nesouhlas	0
Zdržel se hlasování	4

Návrh nebyl přijat.

Návrh ANČR a AČMN (příloha č. 3)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas	0
Nesouhlas	0
Zdržel se hlasování	7

Za poskytovatele:

Souhlas	4
Nesouhlas	0
Zdržel se hlasování	0

Návrh nebyl přijat.

Návrh AKN ČR (příloha č. 4)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas	0
Nesouhlas	0
Zdržel se hlasování	7

Za poskytovatele:

Souhlas	2
Nesouhlas	0
Zdržel se hlasování	2

Návrh nebyl přijat.

Návrh SSN (příloha č. 5)

Za zdravotní pojišťovny:

Souhlas	0
Nesouhlas	0
Zdržel se hlasování	7

Za poskytovatele:

Souhlas	3
Nesouhlas	0
Zdržel se hlasování	1

Návrh nebyl přijat.

Účastníci jednání přípravné fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro skupinu poskytovatelů akutní ústavní péče nedošli k dohodě ve smyslu § 17 zákona č. 48/1997 Sb.

V Praze dne 24.7.2013

Přílohy dle textu

Souhlas s výše uvedeným potvrzují svým podpisem:

Za zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovna	Jméno	Podpis
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	MRÁZEK	
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	FRNKA	
Oborová zdravotní pojišťovna zam. bank, pojišťoven a stavebnictví	FRIEDRICH	
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	HAVRLANT	
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	ARENOR	
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ZAVICOVÁ	
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky	CIMALOVÁ	

Za poskytovatele akutní ústavní péče:

Organizace	Jméno	Podpis
Asociace nemocnic ČR	GUZOVSKÝ	
Asociace českých a moravských nemocnic	FIALA P.	
Sdružení soukromých nemocnic ČR	SEVOTTA	
APRIMED		
Asociace krajských nemocnic	JEHOVNEC	

V Praze 24.7.2013

PREZENČNÍ LISTINA JEDNÁNÍ DNE 15.7. 2013

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Zdravotní pojišťovna	Jméno	Podpis
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky		
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna		
Oborová zdravotní pojišťovna zam. bank, pojišťoven a stavebnictví		
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna		
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky		
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda		
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky		

PREZENČNÍ LISTINA JEDNÁNÍ DNE 15.7. 2013

SDRUŽENÍ POSKYTOVATELŮ AKUTNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE

Organizace	Jméno	Podpis
Asociace nemocnic ČR	Kunová	
Asociace českých a moravských nemocnic	Soukup	
Sdružení soukromých nemocnic ČR	DRUDTA	
APRIMED		
Asociace krajských nemocnic	BĚHOUNEK Jar. ČUVÍN Jar.	

PREZENČNÍ LISTINA JEDNÁNÍ DNE 24.7. 2013

(po přerušení)

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Zdravotní pojišťovna	Jméno	Podpis
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	[illegible]	
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	[illegible]	
Oborová zdravotní pojišťovna zam. bank, pojišťoven a stavebnictví	[illegible]	
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	[illegible]	
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	[illegible]	
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	[illegible]	
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky	[illegible]	

PREZENČNÍ LISTINA JEDNÁNÍ DNE 24.7. 2013

(po přerušení)

SDRUŽENÍ POSKYTOVATELŮ AKUTNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE

Organizace	Jméno	Podpis
Asociace nemocnic ČR	Kunová	
Asociace českých a moravských nemocnic	Tomáš Fiala S. Fiala J. POPOVIČOVÁ	
Sdružení soukromých nemocnic ČR	Trnka	
APRIMED		
Asociace krajských nemocnic	BĚHOUNEK	

Příloha č.1

NÁVRH SZP ČR PRO DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ NA ROK 2014

Zdravotní služby poskytované poskytovateli akutní zdravotní péče budou v roce 2014 hrazeny podle individuálního smluvního ujednání mezi konkrétním poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel") a příslušnou zdravotní pojišťovnou. V případě, že mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb nedojde k individuální smluvní dohodě o způsobu a výši úhrady zdravotních služeb, budou zdravotní služby poskytované v roce 2014 hrazeny dle níže uvedených pravidel.

A) Ústavní péče

1. Úhrada poskytovateli v roce 2014 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady, úhradu formou případového paušálu, úhradu vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu a úhradu za ambulantní péči (dále jen „ambulantní složka úhrady"). Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2012, poskytovatelem vykázané do 30. května 2013 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. září 2013. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané do 31. března 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2015.

2. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

   2.1 Výši a způsob úhrady zdravotní péče zařazené podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů[4)] (dále jen „Klasifikace") do skupin vztažených k diagnóze:

   a) 08021, 08022, 08023, 08041, 08042, 08043, 08181, 08182, 08183,
   b) 05011, 05012, 05013, 05070, 05161, 05162, 05163, 05111, 05112, 05113,
   c) 02041, 02042, 02043,
   d) 01051, 01052, 01053,
   e) 05191, 05192, 05193,
   f) 06061, 06062, 06063,
   g) 07041, 07042, 07043,
   h) 08191, 08192, 08193,
   i) 13091, 13092, 13093,

   uvedených v příloze č. 9 (dále jen „vyjmenované skupiny") zdravotní pojišťovna smluvně dohodne s poskytovatelem. Pokud se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodnou, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady může zahrnovat jiné hrazené služby, než je uvedeno ve větě první; v takovém případě se tato úhrada, stejně jako hrazené služby zařazené podle Klasifikace[4)] do vyjmenovaných skupin, nezapočítávají do úhrady uvedené v bodě 3.

   Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 30. dubna 2014, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu, která se vypočte jako součet celkových úhrad pro vyjmenované skupiny. Celková úhrada pro každou vyjmenovanou skupinu se vypočte jako součin alespoň 50% počtu případů léčených v referenčním období ve vyjmenované skupině a průměrné úhrady za případ léčený ve vyjmenované skupině v roce 2013.

   Celková poskytnutá výše úhrady pro každou vyjmenovanou skupinu musí činit nejméně 85% úhrady počtu případů příslušné vyjmenované skupiny v referenčním období.

---

4) Sdělení ČSÚ č. 339/2011 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivý přípravek“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška) se stanoví v ceně vykázané maximálně však do 105% úhrady náležející poskytovateli za tuto péči v referenčním období.

3. Úhrada formou případového paušálu

3.1 Úhrada formou případového paušálu ($PU_{drg2014}$) zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. .... k vyhlášce a stanoví se takto:

$$PU_{drg2014}=CM_{red} * ZS_{2014}$$

kde:

CM_{red} redukovaná výše $CM_{alfa2014}$, která se stanoví podle následujících podmínek:

$$CM_{red} = \min\{CM_{alfa2012}*0,95;CM_{alfa2014};(CM_{alfa2014})^{\alpha} * (1,05*PP_{alfa2014}*CM_{alfa2012}/PP_{alfa2012})^{(1-\alpha)}\}$$

kde:

min funkce minimum, která přiřadí CM_{red} právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejnižší

α koeficient, který se stanoví na 0,2

$CM_{alfa2014}$ počet případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v příloze č. .....k vyhlášce (dále jen „indexy 2014“)

$CM_{alfa2012}$ počet případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. ....k vyhlášce a vynásobených indexy těchto skupin stanovenými právním předpisem upravujícím hodnoty bodu a výši úhrad pro rok 2012 (dále jen „indexy 2012“)

$PP_{alfa2014}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2014, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. ....k vyhlášce

$PP_{alfa2012}$ počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací ukončených v roce 2012, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. .....k vyhlášce

ZS_{2014} základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se vypočte takto:

$$ZS_{2014} = [IZS_{2012} * (1 - Kp) + (RZS * Kp)]$$

kde:

Kp přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,50

RZS referenční základní sazba, která se stanoví ve výši 28 000 Kč

Celková výše úhrady CELKPU $_{drg\ 2014}$ se vypočte takto:

$$CELK\ PU_{drg2014} = \max\{\min[1{,}03 * CM_{red} * IZS_{2012}\ ;\ CM_{red} * ZS_{2014}]\ ;\ 0{,}98 * CM_{red} * IZS_{2012}\}$$

kde:

max funkce maximum, která přiřadí nezávislé proměnné právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejvyšší

min funkce minimum, která přiřadí nezávislé proměnné právě tu hodnotu z oboru hodnot, která je z prvků oboru hodnot nejnižší

Případy hospitalizací se při výpočtu $CM_{alfa2012}$ a $CM_{all2012}$ rozumí případy hospitalizací přepočtené pomocí pravidel pro klasifikaci a sestavování případů hospitalizací platných pro rok 2012.

4. Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu

Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. .....k vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů.

Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze a uvedené v příloze č. ..... k vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví hodnota bodu ve výši ICB_{ref} do limitu (LIM $PU_{gammadrg2014}$) vypočteného takto:

$$LIM\ PU_{gammadrg2014} = [(V_{gammadrg2012} * ICB_{ref}) +$$

$$+ ZUM_{gammadrg2012} + ZULP_{gammadrg2012} + LP_{gammadrg2012} + KP_{gammadrg2012}\ ] * 0{,}97$$

kde:

$V_{gammadrg2012}$ celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony provedené během hospitalizací, za referenční období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. ....k vyhlášce. Počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2014

ICB_{ref} vypočtená individuální cena bodu poskytovatele, která se stanoví jako podíl U_{ref}/B_{ref}

kde:

U_{ref} celková úhrada náležející poskytovateli za veškeré hrazené služby poskytnuté v referenčním období, zohlednění objemu mimořádně nákladné péče a vypořádání všech regulačních opatření, s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, snížená o úhradu za zvlášť účtované

léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, poskytnuté v referenčním období, vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané v souvislosti s péčí o pacienty, o paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a dále o ostatní hrazené služby v korunách českých (KP_{ref}).

B_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2014, za zdravotní služby poskytnuté v referenčním období.

$ZUM_{gammadrg2012}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. .... k vyhlášce.

$ZULP_{gammadrg2012}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č....k vyhlášce.

$LP_{gammadrg2012}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetřovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za referenční období, vztaženým k hospitalizacím v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č.....k vyhlášce.

$KP_{gammadrg2012}$ celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. ....k o vyhlášce.

4.2 Pro hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedené v příloze č. ....k vyhlášce hrazené podle seznamu výkonů a vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období nad vypočtený limit (LIM $PU_{gammadrg2014}$), se stanoví hodnota bodu ve výši (ICB_{ref} * 0,5 a výše úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona a za ostatní hrazené služby hrazené v korunách českých, se vypočte nad limit stanovený v bodě 4.2 takto:

$(ZUM_{gammadrg2014} + ZULP_{gammadrg2014} + LP_{gammadrg2014} + KP_{gammadrg2014}) * 0,5$

kde:

$ZUM_{gammadrg2014}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný zvlášť účtovaný materiál poskytnutý v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. ....k vyhlášce.

$ZULP_{gammadrg2014}$ celková výše úhrady za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zvlášť účtované léčivé přípravky poskytnuté v hodnoceném období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. ...k vyhlášce.

$LP_{gammadrg2014}$ paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, k ošetřovacím dnům vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným za hodnocené období, vztaženým k hospitalizacím v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. ....k vyhlášce.

$KP_{gammadrg2014}$ celková výše úhrady za ostatní hrazené služby v korunách českých vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, poskytnuté poskytovatelem v průběhu hospitalizací v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin uvedených v příloze č. .....k vyhlášce.

do celkové výše úhrady ($MAX\ PU_{gammadrg2014}$) která se vypočte takto:

$$MAX\ PU_{gammadrg2014} = LIM\ PU_{gammadrg2014} * 1{,}01$$

5. Ambulantní složka úhrady zahrnuje úhradu specializované ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost, zdravotní péče poskytované zubními lékaři, zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech, zdravotní dopravy, lékařské služby první pomoci a zdravotní péče poskytované v odbornostech 902, 911, 914, 921 a 925 (dále jen „ambulantní péče") s výjimkou výkonů, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření.

5.1. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.2. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 603 a 604, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.3. Pro zdravotní péči poskytovanou všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost, hrazenou kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.4. Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři se hradí stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.5. Pro zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.6. Pro výkony zdravotní dopravy, hrazené podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.7. Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci se hradí stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.8. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 902, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.9. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 911, 914, 921 a 925, podle seznamu výkonů, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu a výše úhrad zdravotní péče stanoví stejným způsobem a ve stejné výši jako pro poskytovatele v daném segmentu včetně regulačních omezení.

5.10. Ambulantní složka úhrady bude hrazena dle jednotlivých výše uvedených bodů do maximální celkové úhrady ve výši 98% úhrady náležející PZS za tuto péči v referenčním období.

6. Pokud dojde u PZS ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení dopadů do úhrad.

7. Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, včetně zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

8. Zdravotní péče poskytovaná nesmluvním PZS bude hrazena výkonově s hodnotou bodu ve výši 50% hodnoty bodu stanovené dle výše uvedených odstavců pro jednotlivé typy péče zaokrouhlené na 2 desetinná místa.

9. Zdravotní pojišťovna může PZS poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny z objemu úhrady stanoveného podle této vyhlášky z údajů za referenční období. Při stanovení výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zohlední změny v rozsahu a struktuře poskytované péče, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. Předběžná úhrada za hodnocené období bude finančně vypořádána v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení úhrady formou případového paušálu

1.1. Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace[4)], v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží CM v této výši:

a) revize u jednoho případu:

$(CM_{původní} - CM_{revidovaný}) \times 3$

b) revize u statisticky méně významného počtu případů příslušné DRG baze:

$((CM_{původní} - CM_{revidovaný}) / (CM_{původní})) \times \Sigma$ CM baze x 0,2

c) revize u statisticky významného počtu případů příslušné DRG baze:

$((CM_{původní} - CM_{revidovaný}) / (CM_{původní})) \times \Sigma$ CM baze x 0,8

kde:

CM baze součet relativních vah příslušné DRG baze

DRG baze agregované skupiny ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace[4)]. Jsou dány prvními 4 znaky z pětičíselného kódu DRG skupiny.

DRG skupina skupina ze skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace[4)]

Relativní váha index 2014

Statisticky významný počet případů příslušné DRG baze
více než 5% případů, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG baze u příslušného poskytovatele.

Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG baze
méně než 5% případů, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG baze u příslušného poskytovatele.

$CM_{původní}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace[4)] zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. .....k vyhlášce, vykázaných poskytovatelem před provedením kontroly zdravotní pojišťovnou

$CM_{revidovaný}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace[4)] zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. .....k vyhlášce, poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných na základě kontroly

2. Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

a) Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovatelem pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny v hodnoceném období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převýší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Snížení podle věty první zdravotní pojišťovna neuplatní, pokud poskytovatel doloží, že zvýšená celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.

b) V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v písmenu a.

VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Návrh VZP ČR na úhradu zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou zdravotních služeb poskytovaných v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, poskytovatelů vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče, v roce 2014.

Paušální úhrada za hospitalizační péči v roce 2014 (PUH_{2014}) bude stanovena na základě hodnot referenčního období formou úhrady případovým paušálem, bez zahrnutí zdravotních služeb zařazených podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 05011, 05012 a 05013 (KV) tak, že bude vycházet z dosaženého caxe mixu daného poskytovatele zdravotních služeb (PZS) v roce 2012 (CM_{2012}) a jednotné technické základní sazby platné pro všechny PZS v roce 2014 (TZS_{2014}); na konečnou výši PUH_{2014} bude mít vliv změna podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny u daného PZS na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného PZS mezi 1. lednem 2012 a 1. lednem 2014 (Kp_p) a dále koeficient specializované péče (K_{SP}) daného PZS, který bude vyčíslovat zvýšené náklady PZS související s poskytováním specializované péče a zajištěním komplexnosti poskytované péče.

Podmínkou výše stanovené PUH_{2014} bude dosažení minimálně 98 % CM_{2012} daného PZS s promítnutím vlivu Kp_p a zároveň dosažení minimálně 96 % případů hospitalizací daného PZS ve srovnání s referenčním obdobím s promítnutím vlivu Kp_p. Při nesplnění podmínek bude PUH_{2014} krácena o vyšší procento nenaplnění stanovené minimální hranice.

Dále platí, že implantace TEP, KS a operace katarakty musí v roce 2014 činit minimálně 100 % počtu implantací TEP, KS a operace katarakty realizovaných v referenčním období s promítnutím vlivu Kp_p. Při nesplnění podmínky bude PUH_{2014} krácena o nenaplněný počet implantací TEP, KS a operací katarakty vynásobený průměrnou úhradou za implantaci TEP, KS a operaci katarakty v roce 2012.

V rámci individuální složky úhrady v roce 2014 (ISU_{2014}) budou hrazeny zdravotní služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze 05011, 05012 a 05013 (KV), kdy výši a způsob úhrady těchto zdravotních služeb zdravotní pojišťovna smluvně dohodne s PZS. Dále v této složce úhrady budou hrazeny léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely označené symbolem „S" poskytnuté v roce 2014 na specializovaných pracovištích (centra se Zvláštní smlouvou); jejich úhrada bude stanovena do sjednaného maximálního objemu s tím, že počet unikátních ošetřených pojištěnců (UOP) bude v roce 2014 činit u chronických skupin onemocnění 107 % počtu UOP referenčního období a u ostatních skupin onemocnění 103 % počtu UOP referenčního období.

Pro zdravotní služby hrazené dle seznamu zdravotních výkonů, včetně zdravotních služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

Paušální úhrada za ambulantní péči v roce 2014 (PUA_{2014}) bude stanovena na základě hodnot referenčního období jako násobek celkového počtu bodů za ambulantní zdravotní služby poskytnuté PZS v referenčním období a technické hodnoty bodu platné pro všechny PZS v roce 2014 (THB_{2014}) navýšené o objem korunových položek poskytnutých PZS v referenčním období; na konečnou výši PUA_{2014} bude mít vliv změna podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny u daného PZS na celkovém počtu pojištěnců čerpajících hrazené služby u daného PZS mezi 1. lednem 2012 a 1. lednem 2014 a dále koeficient specializované péče (K_{SP})daného PZS.

Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky převýší v hodnoceném období 98 % úhrady referenčního období vynásobené Kp_p, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna sníží celkovou úhradu o částku odpovídající 40 % tohoto překročení.

Návrh ANČR a AČMN na úhradu akutní lůžkové péče v roce 2014

Aktuální situace

Vycházíme ze skutečnosti, že ke dnešnímu dni (1.7.2013) stále není zřejmé kdy, zda vůbec či v jakém rozsahu bude vydána novela Seznamu zdravotních výkonů. Mediálně je prezentován termín 31.8.2013, nicméně i ten pravděpodobně bude prodloužen. Dostáváme se tak daleko za termín pro ukončení dohodovacího řízení a těsně k požadovanému předání nového grouperu včetně podle něj vypočtených relativních vah na MZ ČR (15.9.2013). Není proto zřejmé

- jaký bude objem bodů při stejné produkci a stejných výkonech
  (není tedy možné diskutovat o ceně bodu a regulacích u ambulantní péče)

- zda budou nové výkony zapracovány do DRG a jaké budou váhy
  (není tedy možné diskutovat o výši základní sazby u hospitalizační péče)

Dále během roku 2013 nedošlo k žádné kultivaci DRG, veškerá činnost NRC se zatím zaměřuje pouze na výpočet tarifů nákladových služeb s tím, že na druhé pololetí je plánována určitá rezerva právě na zapracování nových výkonů (tzv. chirurgické skládačky). Několik dílčích projektů je ve fázi rozpracovanosti (hematoonkologie, rehabilitace, jednodenní chirurgie). S tím souvisí rozsah DRG skupin, které by pro svoji nehomogenitu měly být hrazeny jiným způsobem. Toto dočasné řešení se mělo postupně transformovat do nových DRG skupin, systému příplatků, případně i změny konceptu ekonomického outliera. Nic z toho se však dosud nepodařilo zrealizovat.

Návrh řešení

Za ANČR proto navrhujeme v roce 2014 opět návrat k paušálu. Jedním z důvodů je i skutečnost, že stávající model úhrady se neosvědčil vzhledem k velkému množství dílčích limitů, které nelze v praxi uřídit (DRG alfa/beta/balíčky/ambulance). Výsledkem je pak situace, kdy nemocnice jako celek sice všechny podmínky plní, ale reálná úhrada je rok od roku nižší. Celková výše paušálu by měla pokrývat nárůst DPH, pokles výběru regulačních poplatků za pobyt na lůžku a dále celkový rostoucí vnitřní deficit úhrady. Jde tedy cca o 5% navýšení úhrady proti roku 2012 před uplatněním regulačních omezení (preskripce, upcoding).

Jako minimální objem produkce pro plnou výši paušálu navrhujeme 96% casemixu a 93% počtu případů v hospitalizační části. V ambulantní části navrhujeme výši paušálu 105% při vykázání 98% bodů a 93% URČ proti referenčnímu období. Aby bylo zachováno pravidlo, že za stejnou zdravotní službu bude i stejná úhrada, mělo by být referenční i hodnocené období přepočteno podle Seznamu zdravotních výkonů a metodických materiálů DRG, které budou platit k 1.1.2014. Aby byla možnost zohlednit extrémní případy (zejména u menších zdravotních pojišťoven), zavedli bychom zpět institut mimořádně nákladného pacienta (1 mil. Kč, 91 hal/bod). Předpokladem je samozřejmě opět přepočet referenčního i aktuálního období podle stejného Seznamu zdravotních výkonů a stejného číselníku ZUM/ZULP platného k 1.1.2014.

Ve všech složkách úhrady i regulace by měl být zachován princip přestupu pojištěnců, který by zohledňoval reálnou poptávku pojištěnců po zdravotní péči (s možností jiné dohody s plátcem u nadregionálních center), v ideálním případě vhodně doplněný o zohlednění výskytu mimořádně nákladných pacientů v jednotlivých zdravotních pojišťovnách. Specializovaná centra bychom ponechali mimo paušál s meziročním nárůstem objemu 7% u chronických a 5% u nechronických diagnóz a dále požadovali zohlednění nových účinných látek a diagnostických skupin. Ambulantní a hospitalizační složka paušálu by měla být již oddělena s použitím ceny bodu, která bude použita pro úhradu ambulantních specialistů a komplementu v roce 2014.

Regulace preskripce by vzhledem k nárůstu DPH měla být ve výši 103% referenčního období za všechny ambulance dané nemocnice nebo alespoň zohledňovat některé ATC skupiny s vysokými náklady na URČ (např. růstové hormony). Cíleně nejsou mimo paušál vyčleněny „balíčkové" výkony (pokud se plátce a poskytovatel nedohodnou jinak), aby bylo možné prodloužením objednací doby dosáhnout dalších úspor. Variantou by mohl být také nižší nárůst paušálu za cenu vyššího poklesu produkce (rok 2012 umožňoval v DRG 5% nárůst). Je ovšem otázkou, zda je to ještě při zachování rozumné časové a místní dostupnosti zdravotních služeb pro pacienty reálné.

V Praze dne 1.7.2013

Návrh SSN na úhradu zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou zdravotních služeb poskytovaných v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, poskytovatelů vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče, v roce 2014.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2012. Do referenčního období jsou zařazeny veškeré zdravotní služby poskytnuté pojištěncům zdravotní pojišťovny (dále jen „ZP") v roce 2012, poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen „PZS") vykázané do 31. května 2013 a zdravotní pojišťovnou uznané do 30. září 2013. Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré zdravotní služby poskytnuté v roce 2014, PZS vykázané do 31. března 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2015.

Zdravotní služby se v roce 2014 hradí následovně:

1. Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady zahrnuje:

1.1. JPL

Jednodenní hospitalizace, tj. hospitalizace s OD 00040 budou hrazeny formou případového paušálu s technickou základní sazbou ve výši 31 000 Kč vynásobenou koeficientem 0,8.

1.2. léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely (dále jen léčivé přípravky) označené symbolem „S"

úhrada za léčivé přípravky poskytnuté v roce 2014 bude realizována dle vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného objemu, maximálně do sjednaného limitu, který se stanoví jako součin průměrné úhrady na 1 unikátního pojištěnce za referenční období vztažené k léčivému přípravku a sjednanému počtu unikátních pojištěnců.

2. Hospitalizační složka úhrady (PU_HOS_{2014})

PU_HOSP_{2014} = TZS ve výši 31 000 Kč * CM_{2012}

pokud by PU_HOSP_{2014} byla nižší než úhrada za hospitalizace v roce 2012, pak PU_HOSP2014 se navýší 70% rozdílu, o které byla úhrada za hospitalizace v roce 2012 vyšší.

Podmínka úhrady:

Pokud CM za rok 2014 bude nižší než 97% CM referenčního období a zároveň počet případů bude nižší než 95% počtu případů referenčního období, pak bude PU_HOSP_{2014} krácena o vyšší procento nenaplnění stanovené hranice.

Pokud CM za rok 2014 bude vyšší než 105% CM referenčního období a zároveň počet případů bude vyšší než 103% počtu případů referenčního období, pak bude PU_HOSP_{2014} navýšena o polovinu nižšího procento překročení stanovené hranice.

3. Ambulantní složka úhrady (PU_AMB_{2014})

PU_AMB_{2014} = AMB_{2012}*procento navýšení
kde AMB_{2012} je úhrada za ambulantní péče v r. 2012

Podmínka úhrady:

Pokud počet vykázaných a uznaných bodů bude nižší než 98% bodů referenčního období a zároveň počet unikátních ošetřených pojištěnců (součet přes jednotlivé odbornosti nebo celkový počet přes všechny ambulantní odbornosti) bude nižší než 96%, pak bude PU_AMB_{2014} krácena o vyšší procento nenaplnění stanovené hranice.

Pokud počet vykázaných a uznaných bodů bude vyšší než 104% bodů referenčního období a zároveň počet unikátních ošetřených pojištěnců (součet přes jednotlivé odbornosti nebo celkový počet přes všechny ambulantní odbornosti) bude vyšší než 102%, pak bude PU_AMB_{2014} navýšena o polovinu nižšího procento překročení stanovené hranice.

Regulační omezení na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na 1 unikátního ošetřeného pojištěnce v ambulantní specializované péče převýší v hodnoceném období 103 % průměrné úhrady referenčního období s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, zdravotní pojišťovna může snížit celkovou úhradu o částku odpovídající 40 % tohoto překročení.

Návrh AKN na úhrady akutní lůžkové péče pro rok 2014

Nemocnice sdružené v Asociaci krajských nemocnic nesouhlasí s principem návratu k paušálu, konzervujícího stav nevýkonných nemocnic, ale preferují platbu nemocnicím za skutečné výkony stejnou sazbou, proto navrhujeme:

Úhrady pro rok 2014 neměnit a ponechat na úrovni roku 2013. Vzhledem k nárůstu DPH a inflace je nutné navýšit ZS o 3 % na 30 385 Kč (z původní sazby 29 500 Kč). Výkony aktuálního roku je nutné porovnávat při použití stejného grouperu, aby nedošlo k tomu co je ve vyhlášce pro rok 2013, že referenční rok se počítá jiným grouperem jako aktuální rok, pak nelze porovnávat výkonnost!!!

Při zachování koeficientu KPP:

1) musí sledovat nemocnost jednotlivých pojištěnců zdravotní pojišťovny, než pouhý přesun zdravotních pojištěnců => 100 % nesouhlasí
2) musí být více zacílen na nižší správný celek (okres), než stanovení KPP dle krajů - > koeficient stanovený dle krajů plně nemusí zohledňovat přesuny v jednotlivých okresech.