

Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2019 ve skupině poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb

Datum konání: 24. května 2018

Účastníci jednání: dle prezenční listiny

Společný návrh účastníků jednání je přílohou č. 1 tohoto protokolu.

Účastníci při jednání **došli k dohodě**.

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2019 ve skupině poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb byl předložen společný návrh VZP ČR, SZP ČR, OSGH o.s., SSG ČR a ČLK o.s., který byl vypracován na základě výstupů z několika společných průběžných jednání. Všichni účastníci se shodli, že bude vhodné pokračovat v úhradovém mechanismu z roku 2018 pouze se zahrnutím navýšení koeficientu v úhradovém vzorci, a to zejména s ohledem na skutečnost, že poskytovatelé se zdravotními pojišťovnami dlouhodobě spolupracují, aby byl pro rok 2020 nachystán nový úhradový mechanismus. Kvalitativní ukazatele jsou již dlouhodobě zakotveny individuálně v úhradových dodatcích jednotlivých pojišťoven.

Jediný předložený návrh získal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a souhlas všech přítomných zástupců příslušných profesních sdružení poskytovatelů.

Hlasování o předložených návrzích


společný návrh VZP ČR, SZP ČR, OSGH o.s., SSG ČR a ČLK o.s. (příloha č. 1 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	3	PRO:	7
PROTI:	0	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

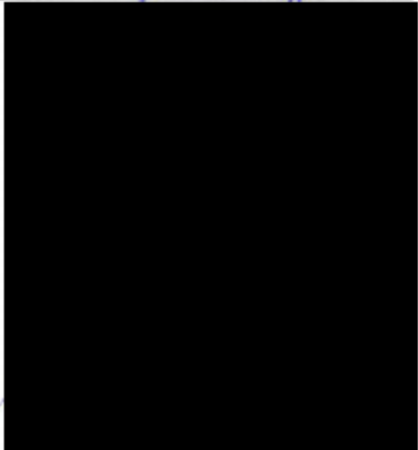
Návrh byl přijat.

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora	Organizace	Podpis
MUDr. Vladimír Dvořák	SSG ČR	
MUDr. Oldřich Kadlec	OSGH o.s.	
MUDr. Marcela Henčlová	ČLK o.s.	

Za zdravotní pojišťovnu:

Jméno	Pojišťovna	Podpis
Ing. Jiří Mrázek, MBA	VZP ČR	
MUDr. Ludmila Plšková	OZP	
MUDr. Petr Šmach	ZPŠ	
MUDr. Renata Knorová, MBA	ČPZP	
Ing. Petr Hrabák, MHA	VoZP	
Pharm. Dr. Ivana Cimalová, MBA	ZPMV	
MUDr. Jiří Havrlant	RBP	

**Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, OSGH o.s., SSG ČR a ČLK o.s. na úhradu segmentu
ambulantní gynekologické péče pro rok 2019**

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2017.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Hrazené služby poskytované v zařízeních specializované ambulantní zdravotní péče **odbornosti 603 a 604** – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie v období od 1. 1. 2019 do 31. 12. 2019 pojištěncům zdravotní pojišťovny budou hrazeny výkonově dle platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, s **hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč**.
2. Základní hodnota bodu uvedená v bodu 1 se dále navýší o 0,01 Kč, pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. 1. 2019.
3. Celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,05 + KN) \times POP_{zpo} \times PURO_0$$

kde:

POP_{zpo}	je počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů, hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019 .
PURO₀	průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů a zvlášť účtované přípravky použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u 13-14 letých dívek, referenčním obdobím se rozumí rok 2017 .
KN	koeficient navýšení 0,01, který se uplatní v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů k 1. 1. 2019.

4. Celková výše úhrady podle bodu 3 se při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem navýší stejným způsobem jako v referenčním období.
5. Nad rámec celkové úhrady vypočtené podle bodů 3. a 4. Pojišťovna poskytovateli uhradí zvlášť účtované léčivé přípravky použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u 13-14 letých dívek.
6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1, resp. 2.
7. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných

a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných 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.

9. Zdravotní pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy k nárůstu nákladů dojde v souvislosti s nárůstem počtu těhotných pojištěnek.
10. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel 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.
11. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 2. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n = kapacita nasmlouvané péče pro danou odbornost.
12. Měsíční předběžná úhrada bude stanovena ve výši jedné dvanáctiny ze 105 % porovnávacího objemu úhrady referenčního období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
13. Nejpozději do 150 dnů po dni skončení roku 2019, obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2019, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

B) Regulační omezení

1. Regulační omezení za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2017. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019.

- 1.1. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
- 1.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkon 95 201, prováděné Poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2019 hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2019 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
6. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2019, vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny na rok 2019.
7. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1 a 2 tohoto článku. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n = kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
9. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.

C) Kompenzace regulačních poplatků


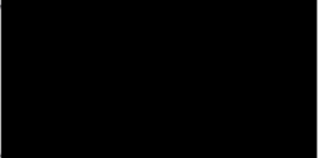
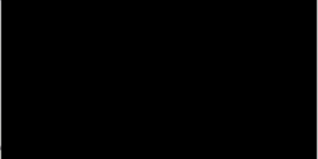
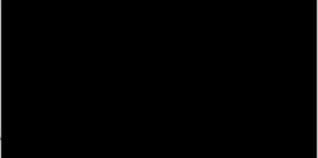
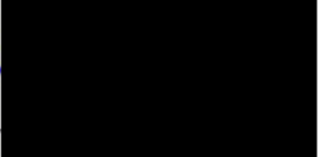
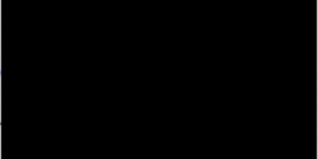

1. Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 30 Kč. Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů nepřekročí v roce 2019 částku ve výši třicetinasobku počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v roce 2017, vykázaných a uznaných zdravotní pojišťovnou v roce 2017.
2. U poskytovatele, který v roce 2017 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2017 nebo neměl s pojišťovnou uzavřenu smlouvu, použije zdravotní pojišťovna počty výkonů č. 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2017.

Prezenční listina


Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2019

Čtvrtek 24.5.2018, OZP, Roškotova 1225/1, Praha 4

Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis
VZP ČR	JIRI TRAZEK MIROSLAV JANKŮS	
ZPMV ČR	IVANA CIMAČOVÁ	
ČPZP	RENATA KNOROVÁ, LUDIE LINKEDOVÁ	
ZPŠ	Petr ŠRACHT	
VoZP	PETA HANČEK	
RBP	JIRI HANČEK	
OZP	LUDMILA PLŠKOVÁ, ZDENKA KOPECKÁ	

Skupina poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis
Sdružení soukromých gynekologů ČR	VLADIMÍR DVOŘÁK	
Gynekologové a chirurgové Slovácka	ŠKODŮCH KADLEC	
APRIMED zájmové sdružení NZZ		
Česká lékařská komora o.s.	MUDr. Karel Janoušek	
Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení		

Jako host MZČR: JAVIŠ ŠMOLÍK