

Věstník MZd ČR, částka 13/2003

ZÁVAZNÁ OPATŘENÍ

2.

VÝSLEDKY DOHODOVACÍHO ŘÍZENÍ
O HODNOTÁCH BODU A VÝŠI ÚHRAD ZDRAVOTNÍ PÉČE HRAZENÉ Z VEŘEJNÉHO
ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PRO 1. POLOLETÍ 2004 MEZI ZÁSTUPCI VŠEOBECNÉ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR, OSTATNÍCH ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN
A PŘÍSLUŠNÝCH PROFESNÍCH SDRUŽENÍ POSKYTOVATELU ZDRAVOTNÍ PÉČE

Ministerstvo zdravotnictví podle §17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 459/2000 Sb. vyhlašuje výsledek dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Při posuzování výsledku dohodovacího řízení Ministerstvo zdravotnictví postupovalo v souladu s §17 odst. 8 a 9 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 459/2000 Sb.

Čl. 1

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti
a dorost na období 1. pololetí roku 2004

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost bude hrazena v 1. a ve 2. čtvrtletí roku 2004 podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením takto:

A) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou

Výše kapitačně výkonové platby se vypočte podle počtu registrovaných pojištěnců s příslušným věkovým indexem násobeným základní sazbou ve výši **minimálně 33,- Kč** na měsíc (před uplatněním degresního koeficientu).

Úhrada výkonů hrazených mimo kapitační platbu a výkonů za neregistrované pojištěnce bude realizována podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je **minimálně 0,95 Kč**.

B) kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace

Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet jednicových registrovaných pojištěnců, než je 70% celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky /dále jen „VZP"/) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny

podle §46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

Dorovnání kapítace lze poskytnout až do výše 90% kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců. Na dorovnání se podílejí zdravotní pojišťovny, s nimiž má příslušný praktický lékař uzavřenu smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z jednicových registrovaných pojištěnců tohoto praktického lékaře. Tento typ úhrady se týká ordinací praktických lékařů, kterým byl Komisí pro malé praxe přiznán statut malé praxe.

C) podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb.,

ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je minimálně 0,46 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den.

Podmínky úhrady podle tohoto článku, písmen A) až C):

1. Na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotní péče poskytnuté registrované klientele a porovnáním s obdobnými náklady na zdravotní péči u jiných zařízení praktických lékařů (resp. praktických lékařů pro děti a dorost) může být

a) základní sazba smluvně upravena za dodržení podmínek uvedených pod písmenem [A\)](#)

nebo

b) celková výše úhrady upravena po skončení období.

Při vyhodnocování komplexní finanční nákladovosti pojišťovna zajistí vyloučení nákladů, které praktický lékař nemůže ovlivnit (zejména stomatologie, gynekologie, mimořádně nákladná péče), zohlední především nehomogenitu čerpání nákladů jednotlivými věkovými skupinami. Pro zajištění transparentnosti tohoto opatření jsou zdravotní pojišťovny oprávněny předávat a zdravotnická zařízení přejímat potřebné datové soubory.

2. Pokud průměrná úhrada za předepsané léky a zdravotnické prostředky konkrétním zdravotnickým zařízením vztažena na jednoho registrovaného pojištěnce, kromě léků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, se zohledněním věkových skupin, převyší o více než 20% celostátní průměrnou úhradu za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky, kromě léků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, je pojišťovna oprávněna uplatnit srážku do výše 25% z překročení. Tento regulační mechanismus je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit, pokud celkové sledované parametry nákladovosti daného zdravotnického zařízení, specifikované zdravotní pojišťovnou, převyší o více než 10% celostátní průměr zdravotní pojišťovny. Tento regulační mechanismus se neuplatní v případě úhrady zdravotní péče podle písmena [C\)](#).

3. Pokud celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převyší 5% celkové úhrady za registrované pojištěnce v 1. resp. 2. čtvrtletí 2004, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku ve výši 50% z překročení (netýká se péče pro neregistrované ošetřené pojištěnce v rámci řádného zástupu). Tento regulační mechanismus se neuplatní v případě úhrady zdravotní péče podle písmena **C**).

4. Pokud průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči (tj. úhrada za zdravotní výkony, za předepsané léky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči, vč. ZUM a ZULP, v odb. 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 822) na jednoho ošetřeného neregistrovaného pojištěnce, se zohledněním věkových skupin, převyší o více než o 10% průměrnou úhradu v 1. resp. ve 2. čtvrtletí 2004 a zároveň o více než 20% konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony, nebo za předepsané léky a zdravotnické prostředky, nebo za vyžádanou péči, vč. ZUM a ZULP, v odb. 222, 801 - 805, 807, 809, 812 - 822), může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku do výše 25% z překročení.

Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky se výkony vyžádané péče jak v referenčním, tak i v hodnoceném období ocení v odbornosti 809 hodnotou bodu 1,04 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu 0,86 Kč.

Poznámka : zdravotní péče autorské odbornosti 823 je obsažena ve smluvní odbornosti 807.

Čl.2

Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři

Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři bude v 1 pololetí 2004 hrazena podle smluvních ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle níže uvedených sazeb:

| kód | název položky | úhrada |
|-------|--|--------|
| 00901 | Vyšetření a ošetření registrovaného pacienta | 310 Kč |
| 00902 | Opakované vyšetření a ošetření v rámci prevent. péče | 250 Kč |
| 00903 | Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou | 180 Kč |
| 00904 | Kolektivní systematická péče o chrup dětí a dorostu | 42 Kč |
| 00905 | Kolektivní progylaxe v rámci systematické péče o chrup dětí a dorostu | 5 Kč |
| 00906 | Stomatologické ošetření registrovaného pacienta do 6 let nebo hendikepovaného pacienta | 70 Kč |
| 00907 | Stomatologické ošetření registrovaného pacienta od 6 let do 15 let | 50 Kč |
| 00908 | Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pacienta jako odbornost 019 | 126 Kč |
| 00909 | Klinické stomatologické vyšetření | 230 Kč |
| 00910 | RTG vyšetření intraorální | 60 Kč |
| 00911 | Zhotovení extraorálního RTG snímku | 121 Kč |

| | | |
|-------|--|--------|
| 00912 | Náplň slinné žlázy kontrastní látkou | 553 Kč |
| 00913 | Zhotovení ortopantomogramu | 199 Kč |
| 00914 | Vyhodnocení ortopantomogramu | 24 Kč |
| 00915 | Zhotovení telorentgenového snímku lbi | 211 Kč |
| 00916 | Anestezie na foramen mandibulae a infraorbitale | 50 Kč |
| 00917 | Anestezie infiltrační | 40 Kč |
| 00918 | Stomatologické ošetření lékařem s Osvědčením ČSK*) | 20 Kč |
| 00920 | Ošetření zubního kazu - stálý zub - fotokompozitní výplň | 300 Kč |
| 00921 | Ošetření zubního kazu - stálý zub | 137 Kč |
| 00922 | Ošetření zubního kazu - dočasný zub | 120 Kč |
| 00923 | Konzervativní léčba komplikací zubního kazu - stálý zub | 172 Kč |
| 00924 | Konzervativní léčba komplikací zubního kazu - dočasný zub | 168 Kč |
| 00925 | Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II - stálý zub | 252 Kč |
| 00931 | Konzervativní léčba chronických onemocnění parodontu | 500 Kč |
| 00932 | Udržovací léčba chronických onemocnění parodontu | 231 Kč |
| 00933 | Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu | 400 Kč |
| 00934 | Chirurgické léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu | 800 Kč |
| 00935 | Kyretáž na zub | 80 Kč |
| 00936 | Odebrání a zajištění přenosu transplantátu | 500 Kč |
| 00937 | Artikulace chrupu | 412 Kč |
| 00938 | Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem | 42 Kč |
| 00940 | Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní dutiny | 500 Kč |
| 00941 | Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice | 200 Kč |
| 00943 | Měření galvanických proudů | 84 Kč |
| 00949 | Extrakce dočasného zubu | 83 Kč |
| 00950 | Extrakce stálého zubu | 142 Kč |

| | | |
|-------|---|----------|
| 00951 | Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu | 500 Kč |
| 00952 | Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu | 900 Kč |
| 00953 | Chirurgické ošetřování retence zubů | 500 Kč |
| 00954 | Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu | 400 Kč |
| 00955 | Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní malého rozsahu | 400 Kč |
| 00956 | Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní velkého rozsahu | 700 Kč |
| 00957 | Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu | 400 Kč |
| 00958 | Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu | 500 Kč |
| 00959 | Intraorální incize | 100 Kč |
| 00960 | Zevní incize | 500 Kč |
| 00961 | Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní | 43 Kč |
| 00962 | Konzervativní léčba onemocnění temporomandibulárního kloubu | 109 Kč |
| 00963 | Injekce i. m., i. d., s. c. | 50 Kč |
| 00965 | Čas stomatologa strávený dopravou za imobilním pacientem | 200 Kč |
| 00970 | Sejmutí fixní náhrady - za každou pilířovou konstrukci | 50 Kč |
| 00971 | Provizorní ochranná korunka v ordinaci | 66 Kč |
| 00972 | Oprava fixní náhrady v ordinaci | 69 Kč |
| 00973 | Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci | 37 Kč |
| 00974 | Odevzdání stomatologického výrobku | 0 Kč |
| 00975 | Ochranný můstek zhotovený razidlovou metodou | 578 Kč |
| 00981 | Diagnostika ortodontických anomálií | 500 Kč |
| 00982 | Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodont. aparátem na jeden zubní oblouk | 1 200 Kč |
| 00983 | Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu | 700 Kč |
| 00984 | Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu | 200 Kč |

| | | |
|-------|---|--------|
| 00985 | Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu | 585 Kč |
| 00986 | Ukončení léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu | 331 Kč |
| 00987 | Stanovení fáze růstu | 39 Kč |
| 00988 | Analýza telorentgenového snímku lbi | 110 Kč |
| 00989 | Analýza ortodontických modelů | 300 Kč |
| 00990 | Diagnostická přestavba ortodontického modelu | 450 Kč |
| 00991 | Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku | 165 Kč |
| 00992 | Nasazení extraorálního taku nebo obličejové masky | 200 Kč |
| 00993 | Navázání parciálního oblouku | 200 Kč |

*) Kód 00918 lze vykázat pouze s kódy 00912, 00914, 00920, 00921, 00922, 00924, 00932, 00938, 00949, 00950, 00951, 00954, 00955, 00957, 00959, 00962 a to držitelem Osvědčení ČSK

Omezení odbornosti: 014

Omezení frekvencí: bez omezení

Dohodnuté výše úhrad jsou minimální, mohou být navyšovány po jednání mezi zástupci poskytovatelů a jednotlivými zdravotními pojišťovnami, nejvýše však do výše stanovené zdravotně pojistnými plány jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Pokud dojde k zásadní změně podmínek úhrady stomatologické péče, bude svoláno mimořádné jednání na podnět některé ze smluvních stran.

Čl. 3

Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních

(1) Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních 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 minimálně 1,04 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den a s omezením maximální úhradou v návaznosti na počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v hodnoceném čtvrtletí daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti.

Omezení maximální výší úhrady se nepoužije u zdravotnických zařízení smluvní odbornosti 901 - klinická psychologie, 903 - klinická logopedie, 927 - ortoptická sestra, a dále u zdravotnických zařízení jiných smluvních odborností než 901 vykazujících výkony autorské odbornosti 910 - psychoterapie uvedených v [příloze č. 1](#). Pokud další zdravotnické zařízení jako poskytovatel převážně psychoterapeutické péče prokáže, že splňuje kriteria pro zařazení do seznamu v [příloze č. 1](#) (alespoň 50 % vykázaných a uznaných bodů příslušné zdravotní pojišťovny v posledním celém kalendářním roce vykazovalo prostřednictvím výkonů odbornosti 910 - psychoterapie, má úvazek lékaře nasmlouvaný alespoň ve výši 1,00 a psychoterapeutickou kvalifikaci doloží osvědčením IPVZ), zdravotní pojišťovny jsou oprávněny po uzavření příslušné smlouvy hradit takto dohodnutým způsobem péči i tomuto novému poskytovateli.

(2) Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení se určí po ukončení hodnoceného čtvrtletí jako součet maximálních úhrad pro dané zdravotnické zařízení za všechny odbornosti nasmlouvané tímto zdravotnickým zařízením s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Maximální úhrada za odbornost se určí takto:

$$\mathbf{MUo} = \mathbf{POPzpo} \times (\mathbf{PBPROo} \times \mathbf{CB} \times \mathbf{Izr} + \mathbf{PUZUMROo} \times \mathbf{Izc} + \mathbf{PUZULPROo} \times \mathbf{Izc})$$

kde:

MUo - maximální úhrada za příslušnou odbornost

POPzpo - počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném čtvrtletí

PBPROo - průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti daným zdravotnickým zařízením v referenčním období

CB - cena bodu v hodnoceném období /viz bod [\(1\)](#) - tj. 1,04 Kč/

Izr - index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny

Hodnota tohoto indexu pro období I. pololetí 2004 činí 1,005.

PUZUMROo - průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

PUZULPROo - průměrná úhrada za účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

Izc - index meziročních změn cen

Hodnota tohoto indexu byla pro období I. pololetí 2004 dohodnuta ve výši 1,00.

Vypočtená celková maximální úhrada se porovnává s celkovou hodnotou provedených výkonů vč. ZUM a ZULP za celé zdravotnické zařízení, a to při ceně bodu stanovené v bodu [\(1\)](#).

Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v příslušném čtvrtletí 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 čtvrtletí 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 referenčních obdobích a počty unikátních pojištěnců ošetřených v daných odbornostech v referenčních obdobích oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do 31.1.2004.

U zdravotnických zařízeních, kde oproti referenčním obdobím dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) v některé odbornosti k nárůstu průměrné hodnoty počtu bodů na 1 unikátního pojištěnce, resp. kde dojde k odůvodněnému nárůstu průměrné hodnoty vykázaného ZUM a ZULP na 1 unikátního pojištěnce v dané odbornosti, zdravotní pojišťovny tuto změnu pro danou odbornost ve výši maximální úhrady zohlední.

V případě, že v ambulantním zdravotnickém zařízení byl v referenčním nebo hodnoceném období ošetřen v některé odbornosti statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny resp. že v referenčním období zdravotnické zařízení zdravotní péči v některé odbornosti péči neposkytovalo, se omezení maximální výši úhrady na tyto odbornosti nepoužije. Za statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se pro tyto účely považuje méně než 75 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v referenčním nebo hodnoceném čtvrtletí v rámci jedné odbornosti, při nasmlouvaném úvazku lékaře resp. hodnotě poměrného kapacitního čísla (dále jen „PKČ“) větší nebo rovno 1,00. Při nasmlouvaném úvazku lékaře menším než 1,00 resp. pokud je nasmlouvaná hodnota PKČ nižší než 1,00, se limit 75 ošetřených unikátních pojištěnců přepočte příslušnou hodnotou úvazku, resp. PKČ nižší než 1,00.

(3) Zdravotní pojišťovny se mohou se smluvním zdravotnickým zařízením dohodnout pro příslušné čtvrtletí na předběžné úhradě, a to v minimální výši 100% objemu úhrady v referenčním období. Předběžné úhrady budou zdravotními pojišťovnami finančně vypořádány do 30 dnů po vyhodnocení regulace korekčním koeficientem vycházejícím z limitu času nositele výkonů.

(4) Regulační opatření:

1. Limit času nositele výkonů 12 hodin na kalendářní den.

2. 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.

2.1 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrad na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a ZP (vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři) a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období o více než 20% vyšší než průměr tohoto zdravotnického zařízení dosažený v referenčním období, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 25% zvýšených výdajů za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči v uvedených odbornostech (nad 120%), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2.2 Pokud zdravotnickým zařízením dosažené průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a ZP (vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři) a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období převýší o více než 10% celostátní průměr na jednoho unikátního pojištěnce u lékařů dané odbornosti, se zohledněním věkových skupin v příslušném kalendářním období a zároveň převýší o více než 20% konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za předepsané léčivé přípravky a ZP nebo za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech), může zdravotní pojišťovna uplatnit vůči zdravotnickému zařízení regulační srážku ve výši 25% z příslušného překročení, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2.3 Zdravotní pojišťovna může vůči zdravotnickému zařízení uplatnit regulaci úhrad za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči buď podle bodu [2.1](#) nebo podle bodu [2.2](#), a to tu, která představuje pro zdravotnické zařízení menší regulační srážku.

2.4 Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky se výkony vyžádané péče jak v referenčním tak i v hodnoceném období ocení v odbornosti 809 hodnotou bodu 1,00 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu 0,85 Kč.

2.5 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.

2.6 U zdravotnických zařízeních, která v referenčním období neexistovala, se regulace úhrad za předepsaná léčiva, ZP a vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech neuplatňuje.

3. Údaje o průměrných hodnotách úhrad za předepsaná léčiva a ZP vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech vztažených na jednoho unikátního pojištěnce dosažených zdravotnickým zařízením v referenčním období a údaje o počtech unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do konce prvního měsíce hodnoceného čtvrtletí.

4. Údaje o celostátních průměrných úhradách vztažených na jednoho unikátního pojištěnce oznámí zdravotní pojišťovny zástupcům poskytovatelů zdravotní péče účastnících se dohody řízení do 120 dnů po skončení příslušného čtvrtletí pokud má zdravotní pojišťovna k dispozici statisticky dostatečný počet případů. V případě nedodržení lhůty 120 dnů zdravotní pojišťovna regulaci dle bodu [2.2](#) neuplatní. Pokud zdravotní pojišťovna nemá k dispozici statisticky dostatečný počet případů, bude daná věková skupina v dané odbornosti z výpočtu regulace dle bodu [2.2](#)

vyloučena.

5. Při posuzování nezbytnosti překročení průměrných úhrad dle výše uvedených regulačních opatření bude z důvodů zajištění efektivního poskytování zdravotní péče přihlédnuto zejména k důsledkům případného zvýšení cen léků, změn preskripce doporučenými odbornými společnostmi a změn ve struktuře ošetřených pacientů ve vazbě na různé diagnózy a k účelnosti a hospodárnosti preskripce.

6. Zdravotní pojišťovna může regulační srážku za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči uplatnit maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady dané pojišťovny danému zařízení za zdravotní výkony za dané období.

7. 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 2. Definice statisticky nevýznamného počtu pojištěnců je obsažena v ustanovení odst. (2).

8. Zdravotní pojišťovny nebudou uplatňovat regulaci podle bodu 2., pokud celkové úhrady za předepsaná léčiva a ZP - vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na dané období vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

(5) Jiný způsob úhrady a regulace je možný pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení na takovémto způsobu úhrady a regulace dohodnou a tento způsob nebude v rozporu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění.

Příloha č. 1

Seznam ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících převážně
psychoterapeutickou péči (bez odbornosti 901)

| IČ | IČZ | Odbornost | Název zdravotnického zařízení | Sídlo |
|----------|----------|-----------|--|---------|
| 01225000 | 49626337 | 305,306 | Pedopsychiatr. a psychiatr. amb. MUDr. Růžičková | Praha 1 |
| 01255000 | 48536482 | 305 | Střed. psychoter. služeb Břehová s.r.o. | Praha 1 |
| 02216000 | 60436514 | 305 | Psychiatrická ordinace MUDr. Singer | Praha 2 |
| 03162000 | 60437715 | 305,306 | Odborný lékař psychiatr MUDr. Kopřivová | Praha 3 |
| 03220000 | 62935356 | 305 | Psychiatrická ordinace MUDr. Vimr | Praha 3 |
| 04114000 | 48549151 | 305 | Denní psychoterapeutické sanatorium | Praha 4 |

| | | | | |
|----------|----------|---------|---|--------------|
| 04415000 | 48585386 | 305,306 | ESET - psychoter. a psychosom. klin. s.r.o. | Praha 4 |
| 05374000 | 63110113 | 305,306 | Psychiatrie, dětská psychiatrie MUDr. Vrbová | Praha 5 |
| 06100000 | 49371461 | 305,306 | Odb. amb. pro psychosom. med. a psychiatrii MUDr. Macek | Praha 6 |
| 06229000 | 49628038 | 305 | Psychiatr psychoterapeut MUDr. Kodišová | Praha 6 |
| 08140000 | 45701822 | 305 | FOKUS Praha | Praha 8 |
| 09375000 | 69775079 | 305 | Psychiatrie a psychoan. psychoterapie MUDr. Dejdar | Praha 9 |
| 10096000 | 48137995 | 305 | Psychiatrie MUDr. Tůma | Praha 10 |
| 10415000 | 60163577 | 305 | Soukromá psychiatr. ord. MUDr. Jelínková | Praha 10 |
| 42232000 | 41197518 | 305 | Ord. psych. a sanatorium MUDr. Kalina | Karlovy Vary |
| 54429000 | 46739467 | 305,306 | MUDr. Chvála | Liberec |
| 60071000 | 15060951 | 305 | MUDr. Radosová - psychiatr. amb. | Havl. Brod |
| 61220000 | 49332171 | 305 | MUDr. Pavlová Helena | Hradec Král. |
| 69034004 | 00195201 | 305 | Sdružení O a L - RIAPS | Trutnov |
| 72218000 | 48510408 | 305 | MUDr. Berka Jiří | Brno |
| 72857000 | 65268300 | 305 | MUDr. Lemanová Hana | Brno |
| 72996229 | 62160168 | 305 | MUDr. Klimpl Petr, CSc. | Brno |
| 91894000 | 65477219 | 305 | Psychiatrická ambulance MUDr. Krabec | Mor. Ostrava |
| 20580000 | 68403968 | 305,306 | MUDr. Křížková Dagmar | Benešov |
| 25561000 | 68400438 | 305 | MUDr. Holub | Mělník |

Čl. 4

Hemodialyzační péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními

(1) Tato zdravotní péče bude hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a ambulantním zdravotnickým zařízením podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony (vč. ZUM a ZULP), kdy hodnota bodu je stanovena ve výši minimálně 1,02 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den, a to níže uvedeným zdravotnickým zařízením:

Seznam ambulantních zdravotnických zařízení hemodialyzační péče

| č. | IČO | IČZ | Název zdravotnického zařízení | Sídlo |
|----|-----|-----|-------------------------------|-------|
|----|-----|-----|-------------------------------|-------|

| | | | | |
|-----|----------|----------|---------------------------------|---------------------|
| 1. | 60722827 | 72691000 | INNEF, Centrum Mendelovy nadace | Brno |
| 2. | 47785225 | 5515700 | Renart | Litoměřice |
| 3. | 45790949 | 41165000 | MNC | Mariánské Lázně |
| 4. | 49814605 | 65370000 | KOLF | Pardubice |
| 5. | 61856827 | 4446300 | EuroCare | Plzeň |
| 6. | 45790949 | 04156000 | NMC | Praha 4 |
| 7. | 41695003 | 0412007 | Paralel | Praha 4 |
| 8. | 62061127 | 66205001 | Dialcorp | Rychnov nad Kněžnou |
| 9. | 60721901 | 81601000 | EMKO | Slavkov |
| 10. | 45790949 | 48048000 | NMC | Sokolov |
| 11. | 61975567 | 93301000 | Dr. Schlemmer | Šumperk |
| 12. | 61856827 | 58166000 | EuroCare | Teplice |
| 13. | 61856827 | 70022000 | EuroCare | Ústí nad Orlicí |
| 14. | 45790949 | 65385000 | NMC | Pardubice |
| 15. | 61856827 | 86222000 | EuroCare | Třinec - Podlesí |
| 16. | 61856827 | 91978000 | EuroCare | Ostrava - Vítkovice |
| 17. | 47452196 | 68042000 | INMED | Svitavy |

Pokud bude výběrovým řízením doporučeno uzavření smlouvy s dalším zdravotnickým zařízením jako s poskytovatelem hemodialyzační péče poskytované ambulantním zdravotnickým zařízením, jsou zdravotní pojišťovny oprávněny po uzavření příslušné smlouvy hradit takto dohodnutým způsobem péči i tomuto novému poskytovateli.

(2) Úhrada režijních nákladů zdravotních výkonů č. 18521, 18522, 18530, 18550, 18560, 18570, 18580 a 18590 je stanovena ve výši minimálně 4,00 body/minutu výkonu.

(3) Zdravotní pojišťovny se mohou se smluvním zdravotnickým zařízením dohodnout pro příslušné čtvrtletí na předběžné úhradě, a to v minimální výši 100 % objemu úhrady v referenčním období. Předběžné úhrady budou zdravotními pojišťovnami finančně vypořádány do 30 dnů po vyhodnocení regulace korekčním koeficientem vycházejícím z limitu času nositele výkonů.

(4) Regulační opatření jsou shodná jako u ostatních ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících ambulantní specializovanou péči (viz ustanovení bodu (4) předchozího článku).

(5) Jiný způsob úhrady a regulace je možný pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení na takovémto způsobu úhrady a regulace dohodnou a tento způsob nebude .v rozporu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění.

Čl. 5

Lázeňská péče

Cena lázeňské péče se pro 1. pololetí 2004 určuje smluvním cenovým ujednáním jednotlivých poskytovatelů lázeňské péče s jednotlivými zdravotními pojišťovnami na základě zásad dohodnutých zdravotními pojišťovnami se zástupci profesních sdružení poskytovatelů a s přihlédnutím k cenovému výměru Ministerstva financí, v platném znění, zveřejněném v Cenovém věstníku Ministerstva financí.

Čl. 6

Zdravotní péče poskytovaná v rámci zdravotnické záchranné služby, dopravy raněných, nemocných a rodiček a lékařské služby první pomoci

(1) Zdravotní péče poskytovaná v rámci zdravotnické záchranné služby - odbornost 709

a) úhrada paušální sazbou, přičemž referenčním obdobím je 1. pololetí 2003. Předběžná úhrada se bude rovnat 102% z jedné šestiny úhrady za poskytnutou a uznanou zdravotní péče v referenčním období s tím, že pokud zdravotnické zařízení vykáže méně než 90% unikátních ošetřených pojištěnců v tomto referenčním období, bude mu paušální sazba přepočítána jako součin předběžné úhrady a indexu i , kde $i = (\text{počet unikátních ošetřených pojištěnců za 1. pololetí 2004} / \text{počet unikátních ošetřených pojištěnců za 1. pololetí 2003})$,

b) úhrada podle seznamu výkonů. Minimální hodnota bodu je 1,01 Kč.

(2) Zdravotní péče poskytovaná v rámci dopravy raněných, nemocných a rodiček - odbornost 989:

úhrada podle seznamu výkonů. Minimální hodnota bodu je 0,91 Kč.

(3) Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci:

úhrada podle seznamu výkonů. Minimální hodnota bodu je 0,90 Kč.