

Věstník MZd ČR, částka 7/2005

ZÁVAZNÁ OPATŘENÍ

1.

VÝSLEDKY DOHODOVACÍHO ŘÍZENÍ
O HODNOTÁCH BODU A VÝŠI ÚHRAD ZDRAVOTNÍ PÉČE HRAZENÉ
Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PRO 2. POLOLETÍ 2005 MEZI
ZÁSTUPCI VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR, OSTATNÍCH
ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A PŘÍSLUŠNÝCH PROFESNÍCH SDRUŽENÍ
POSKYTOVATELŮ 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

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 1,05 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 pololetí daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti. Referenčním obdobím je odpovídající pololetí minulého roku (pro období 2. pololetí 2005 je referenčním obdobím 2. pololetí 2004). Časová regulace dle [§41](#) zákona 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, bude stanovována čtvrtletně a vypořádána za obě čtvrtletí současně, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

Omezení maximální výši úhrady se nepoužije u zdravotnických zařízení (která mají úvazek, resp. PKČ lékaře nebo JVŠ alespoň 0,5) 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 pololetí 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:

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

kde:

MUo - maximální úhrada za příslušnou odbornost

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

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.1,05 Kč/

Izr - index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny

Hodnota tohoto indexu pro období II. pololetí 2005 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 pro období II. pololetí 2005 činí 1,028

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 pololetí 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 pololetí 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 konce 31.07.2005.

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 100 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v referenčním nebo hodnoceném pololetí 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 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočte příslušnou hodnotou úvazku, resp. PKČ nižší než 1,00.

(3) 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 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 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 převyšují o více než 10 % celostátní průměr na jednoho unikátního pojištěnce u lékařů dané odbornosti, se zohledněním věkových skupin v příslušném kalendářním období a zároveň převyšují 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 1,04 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu 0,86 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 pololetí.

4. Údaje o celostátních průměrných úhradách vztažených na jednoho unikátního pojištěnce oznámí zdravotní pojišťovny zástupcům poskytovatelů zdravotní péče účastnících se dohodovacích řízení do 120 dnů po skončení příslušného pololetí 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 doporučeným 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.

(4) Zdravotní pojišťovny poskytnou zdravotnickým zařízením měsíční předběžné úhrady buď ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané (event. zdravotní pojišťovnou uznané) zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo ve výši minimálně jedné šestiny 102 % objemu úhrady v referenčním období, přičemž zvolenou formu zachovají po celé období. Předběžné úhrady za celé pololetí budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, tj. vč. vyhodnocení regulačních opatření dle bodu (3), a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

(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. Pokud jedna ze smluvních stran s návrhem jiného způsobu úhrady a regulace nesouhlasí, jsou smluvní strany povinny sjednat způsob úhrady a regulace dohodnutý v dohodovacím řízení.

Příloha č. 1

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

IČZ	IČ	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, 308	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, 309	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, 309	MUDr. Křížková Dagmar	Benešov
24311000	15060055	305	MUDr. Doležal Igor	Kutná Hora
04794000	69068194	305	MUDr. Lukuvka Marek	Praha 4
44457000	45335648	305	EPOCHE-RIDZ	Plzeň

Čl. 2

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.	41695003	8305000	Parallel 50	Praha 8
2.	45790949	4156000	FMC-DS	Praha 4
3.	45790949	41165000	FMC-DS	Mariánské Lázně
4.	45790949	48048000	FMC-DS	Sokolov
5.	45790949	52679000	FMC-DS	Chomutov
6.	45790949	56457000	FMC-DS	Louny
7.	45790949	57259000	FMC-DS	Most

8.	45790949	65385000	FMC-DS	Pardubice
9.	47452196	68042000	INMED	Svitavy
10.	47785225	5515700	Renart	Litoměřice
11.	60721901	81601000	Austerlitz Medical	Slavkov u Brna
12.	60722827	72691000	INNEF, Centrum Mendelovy nadace	Brno
13.	61856827	44463000	EuroCare	Plzeň
14.	61856827	58166000	EuroCare	Teplice
15.	61856827	70022000	EuroCare	Ústí nad Orlicí
16.	61856827	85414000	EuroCare	Bruntál
17.	61856827	86222000	EuroCare	Třinec - Podlesí
18.	61856827	91978000	EuroCare	Ostrava - Vítkovice
19.	61975567	93301000	Dr. Schlemmer	Šumperk
20.	62061127	66205001	Dialcorp	Rychnov nad Kněžnou

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.

Referenčním obdobím je 2. pololetí 2004. Časová regulace dle §41 zákona 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, bude stanovována čtvrtletně a vypořádána za obě čtvrtletí současně, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

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

(4) Zdravotní pojišťovny poskytnou zdravotnickým zařízením měsíční předběžné úhrady buď ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané (event. zdravotní pojišťovnou uznané) zdravotní péče za příslušný měsíc, nebo ve výši minimálně jedné šestiny 100 % objemu úhrady v referenčním období, přičemž zvolenou formu zachovají po celé období. Předběžné úhrady za celé pololetí budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, tj. vč. vyhodnocení regulačních opatření dle bodu (3) předchozího článku, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

(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. Pokud jedna ze smluvních stran s návrhem jiného způsobu úhrady a regulace nesouhlasí, jsou smluvní strany povinny sjednat způsob úhrady a regulace dohodnutý v dohodovacím řízení.

Čl. 3

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

1. Zdravotnická záchranná služba (odbornost 709)

Úhrada dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy minimální hodnota bodu činí Kč 1,03.

2. Doprava raněných, nemocných a rodiček (odbornost 989)

Úhrada dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Hodnota bodu se sjednává ve výši Kč 0,91 s tím, že tato hodnota bodu bude upravena koeficientem:

a) ve výši 1,02 pro pracoviště DRNR splňující následující podmínky:

oprokazatelný, na vlastním pracovišti fyzicky zajištěný 24 hod. provoz,

ovlastní dispečink v nepřetržitém provozu nebo smlouva s centrálním dispečinkem nebo s dispečinkem ZZS,

ominimálně 5 plných pracovních úvazků řidičů DRNR v pasportizaci,

ominimálně 3 sanitní vozy DRNR vybavené dle platných předpisů v pasportizaci,

b) ve výši 0,97 pro ostatní pracoviště DRNR.

3. Lékařská služba první pomoci (odbornost 003)

Úhrada dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy minimální hodnota bodu činí Kč 0,92.

Čl. 4

Zdravotní péče v odbornostech 222, 801 - 805, 807, 812 - 819, 822 a v odbornosti 809 poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními

(1) Zdravotní péče v odbornostech 222, 801 - 805, 807, 812 - 819, 822 a v odbornosti 809 poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními bude hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením:

a) čtvrtletní paušální sazbou, nebo

b) úhradou za provedené výkony podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších

předpisů.

(2) Čtvrtletní paušální sazba se stanoví ve výši 100 % porovnávacího objemu úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v referenčním období (tj. úhrady za zdravotní výkony vč. ZUM a ZULP). Referenčním obdobím se rozumí odpovídající kalendářní čtvrtletí minulého roku.

U zdravotnických zařízení, která zajišťují péči v odbornosti 809 i v laboratorních odbornostech, se stanoví zvlášť paušální sazba pro odbornost 809 a zvlášť pro ostatní odbornosti.

Čtvrtletní paušální sazbu hradí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením ve třech měsíčních splátkách, a to dle pravidel dohodnutých ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

(3) Po vyhodnocení celkového objemu poskytnuté péče v hodnoceném čtvrtletí bude jednotlivými zdravotními pojišťovnami provedena úprava paušální sazby podle následujících pravidel:

- a) pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů odpovídající rozpětí 97 - 103 % referenčního počtu bodů (dále jen RPB), výše paušální sazby se nemění,
- b) pokud zdravotnické zařízení vykáže a je mu zdravotní pojišťovnou uznán v hodnoceném čtvrtletí počet bodů mimo interval 97 - 103 % RPB, upraví se výše paušální sazby vynásobením koeficientem změny výkonnosti, který se vypočte jako podíl vykázaného a uznaného počtu bodů v hodnoceném čtvrtletí a RPB.

RPB se pro tyto účely rozumí počet vykázaných, uznaných a proplacených bodů v referenčním období. RPB se pro tento účel nepřeočítává dle aktuálně platného seznamu výkonů. Do počtu vykázaných bodů se zahrnou pouze výkony, které byly zdravotnickým zařízením příslušné zdravotní pojišťovně vykázané nejpozději do 30. 4. 2005 a zdravotní pojišťovnou uznány a proplaceny do 31. 5. 2005.

Zdravotní pojišťovny oznámí zdravotnickým zařízením výši porovnávacího objemu úhrady a RPB do 31. 7. 2005.

Vyhodnocení celkového objemu poskytnuté péče provedou zdravotní pojišťovny nejpozději do 60 dnů po ukončení hodnoceného čtvrtletí. Přepočtení na základě vyhodnocení objemu péče vykázané v opravných dávkách bude provedeno spolu s vyhodnocením následujícího čtvrtletí tj. do 150 dnů.

(4) U zdravotnických zařízení, kde v důsledku výrazně kolísavého objemu poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (tj. v případech, kdy zdravotnické zařízení poskytlo v referenčním období péči statisticky nevýznamnému počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, tj. méně než 75 unikátních ošetřených pojištěnců), není možno objektivně stanovit pro jednotlivé zdravotní pojišťovny paušální sazbu, bude poskytnutá zdravotní péče hrazena podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kdy se hodnota bodu stanovuje takto:

- a) pro odbornost 809 ve výši minimálně 1,04 Kč,
- b) pro odbornosti 222, 801 - 805, 807, 812 - 819 a 822 ve výši minimálně 0,86 Kč.

(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. Zdravotní pojišťovna je v tomto případě povinna předložit smluvnímu zařízení současně s návrhem jiného způsobu úhrady a regulace i návrh úhrady a regulace dohodnutý v dohodovacím řízení.

Čl. 5

Lázeňská péče

Cena lázeňské péče se pro II. pololetí 2005 určuje smluvním ujednáním jednotlivých poskytovatelů lázeňské zdravotní 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, zveřejněnému v Cenovém věstníku Ministerstva financí.

Čl. 6

Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost bude hrazena ve 3. a ve 4. čtvrtletí roku 2005 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 34,00 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 0,97 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 kapitace 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 a vykázané léky a zdravotnické prostředky konkrétním zdravotnickým zařízením vztažena na jednoho registrovaného pojištěnce, kromě léků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, se zohledněním věkových skupin, převýší 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, převýší 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 převýší 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce ve 3. resp. 4. čtvrtletí 2005, 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, převýší o více než o 10% průměrnou úhradu ve 3., resp. ve 4. čtvrtletí 2005 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. 7

Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři

Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři bude ve 2. pololetí 2005 hrazena podle smluvních ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle níže uvedených sazeb:

kód	Název položky	úhrada
901	Vyšetření a ošetření registrovaného pacienta	320 Kč
902	Opakované vyšetření a ošetření v rámci prevent. péče	250 Kč
903	Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou	190 Kč
906	Stomatologické ošetření registrovaného pacienta do 6 let nebo hendikepovaného pacienta	90 Kč
907	Stomatologické ošetření registrovaného pacienta od 6 let do 15 let	65 Kč
908	Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pacienta jako odbornost 019	150 Kč
909	Klinické stomatologické vyšetření	230 Kč
910	RTG vyšetření intraorální	60 Kč
911	Zhotovení extraorálního RTG snímku	121 Kč
912	Náplň slinné žlázy kontrastní látkou	553 Kč
913	Zhotovení ortopantomogramu	199 Kč
914	Vyhodnocení ortopantomogramu	40 Kč
915	Zhotovení telerentgenového snímku lbi	211 Kč
916	Anestezie na foramen mandibulae a infraorbitale	50 Kč
917	Anestezie infiltrační	40 Kč

920	Ošetření zubního kazu - stálý zub - fotokompozitní výplň	300 Kč
921	Ošetření zubního kazu - stálý zub	137 Kč
922	Ošetření zubního kazu - dočasný zub	120 Kč
923	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu - stálý zub	172 Kč
924	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu - dočasný zub	168 Kč
925	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II- stálý zub	252 Kč
926	Vyšetření a ošetření registrovaného pacienta lékařem s Osvědčením ČSK*	350 Kč
927	Opakované vyšetření a ošetření v rámci prevent. péče lékařem s Osvědčením ČSK*	280 Kč
931	Konzervativní léčba chronických onemocnění parodontu	600 Kč
932	Udržovací léčba chronických onemocnění parodontu	231 Kč
933	Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu	400 Kč
934	Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu	800 Kč
935	Kyretáž na zub	80 Kč
936	Odebrání a zajištění přenosu transplantátu	500 Kč
937	Artikulace chrupu	412 Kč
938	Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem	42 Kč
940	Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní dutiny	500 Kč
941	Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice	200 Kč
943	Měření galvanických proudů	84 Kč
949	Extrakce dočasného zubu	83 Kč
950	Extrakce stálého zubu	150 Kč
951	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	500 Kč
952	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu	1 100 Kč
953	Chirurgické ošetřování retence zubů	600 Kč
954	Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu	400 Kč

955	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní malého rozsahu	400 Kč
956	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní velkého rozsahu	800 Kč
957	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	400 Kč
958	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu	650 Kč
959	Intraorální incize	100 Kč
960	Zevní incize	500 Kč
961	Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní	43 Kč
962	Konzervativní léčba onemocnění temporomandibulárního kloubu	109 Kč
963	Injekce i. m., i. d., s. c.	50 Kč
965	Čas stomatologa strávený dopravou za imobilním pacientem	200 Kč
970	Sejmutí fixní náhrady - za každou pilířovou konstrukci	50 Kč
971	Provizorní ochranná korunka v ordinaci	66 Kč
972	Oprava fixní náhrady v ordinaci	69 Kč
973	Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci	37 Kč
974	Odevzdání stomatologického výrobku	0 Kč
975	Ochranný můstek zhotovený razidlovou metodou	578 Kč
981	Diagnostika ortodontických anomálií	500 Kč
982	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodont. aparátem na jeden zubní oblouk	1 200 Kč
983	Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	700 Kč
984	Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu	200 Kč
985	Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	585 Kč
986	Ukončení léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu	331 Kč
987	Stanovení fáze růstu	50 Kč
988	Analýza telerentgenového snímku lbi	110 Kč

989	Analýza ortodontických modelů	300 Kč
990	Diagnostická přestavba ortodontického modelu	450 Kč
991	Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku	165 Kč
992	Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky	200 Kč
993	Navázání parciálního oblouku	200 Kč

* Kódy 00926 a 00927 lze vykázat pouze držitelem Osvědčení ČSK

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.

EPIS