

O d ů v o d n ě n í

O B E C N Á Č Á S T

A. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA Z HODNOCENÍ DOPADŮ REGULACE PODLE OBECNÝCH ZÁSAD

1. Důvod předložení a cíle

1.1 Název

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

1.2 Definice problému

Na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb. (dále jen „zákon“) vydává Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (dále jen „vyhláška“) vždy pro následující kalendářní rok. Návrh této vyhlášky vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů (dále jen „dohodovací řízení“).

Obsah uvedené vyhlášky je ovlivněn skutečností, zda v příslušném dohodovacím řízení dojde či nedojde mezi jeho účastníky k dohodě o parametrech úhradových mechanismů na následující kalendářní rok. V případě dohody (za předpokladu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) ji ministerstvo zpracuje do návrhu vyhlášky, v případě nedohody pak hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení stanoví samo. Rozhodujícím faktorem při stanovení úhradových parametrů je odpovědnost ministerstva za respektování veřejného zájmu na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je tento zájem definován v ustanovení § 17 odst. 2 zákona.

Dohodovací řízení ke stanovení hodnot bodu, výše úhrad a regulačním omezením na rok 2015 probíhalo v období od 10. dubna 2014 do 21. srpna 2014. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě v následujících z 11 segmentů zdravotních služeb: v segmentu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, v segmentu lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravovnách, v segmentu ambulantní gynekologie, v segmentu zdravotní dopravy. Segmenty ambulantní stomatology a segment poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiologických služeb dosáhly dohody, která však byla v souladu s jednacím řádem Dohodovacího řízení vetována zástupcem poskytovatelů akutní lůžkové péče.

V návaznosti na tento výsledek ministerstvo předkládá návrh vyhlášky, u níž je nutno konstatovat, že se podle § 17 odst. 5 zákona tato vyhláška použije pouze tehdy, pokud se poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Nečinnost ministerstva nepřipadá v tomto případě v úvahu, neboť by šlo o nenaplnění zákonné povinnosti, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2015 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014, vydaná v prosinci 2013. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2014 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2014 a aby předpokládané výdaje systému nepřevýšily předpokládané příjmy.

Kromě samotné vyhlášky č. 428/2013 Sb. je oblast úhrad, hodnot bodu a regulačních omezení ovlivněna těmito právními předpisy:

Novelou zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, kterou se k 1. 1. 2015 ruší regulační poplatek 30 Kč za ambulantní ošetření (při němž bylo provedeno klinické vyšetření) a regulační poplatek 30 Kč za výdej léčivého přípravku na recept.

Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, která definuje jednotlivé odbornosti a jejich výkony.

Dále je tato oblast dotčena výsledky rozhodovací činnosti Ústavního soudu, a to:

Nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11, vyhlášeným ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb., kterým se ruší regulační poplatek za lůžkovou péči uplynutím dne 31. prosince 2013.

Nálezem Ústavního soudu (Pl. ÚS 19/13), který shledal neústavními dílčí aspekty úhradové vyhlášky pro rok 2013.

Ekonomická realita systému veřejného zdravotního pojištění je dále ovlivněna těmito skutečnostmi:

Novelizací vyhlášky Ministerstva financí č. 418/2003, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, kterou se snižuje příděl do

provozního fondu zdravotních pojišťoven. Tato skutečnost zvýší finanční zdroje základního fondu zdravotních pojišťoven cca o 700 milionů Kč.

V průběhu roku 2015 se očekává nabytí účinnosti právní úpravy (novely zákona č. 48/1997 Sb.), která sníží stavy rezervních fondů zdravotních pojišťoven. Tato skutečnost zvýší finanční zdroje základního fondu o cca 600 milionů Kč.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

Vyhláškou dotčenými subjekty jsou účastníci systému veřejného zdravotního pojištění, tj. zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“). Zprostředkovaně jsou vyhláškou dotčeni i pojištěnci všech zdravotních pojišťoven, kterým jsou služby poskytovány.

1.5 Popis cílového stavu

Cílem navrhované právní úpravy je stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení, která reflektují následující skutečnosti:

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (ZZP) evidují ke konci roku 2014 zůstatky na základním fondu v celkové výši 4 miliardy Kč. Všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají naplněny rezervní fondy.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) eviduje ke konci roku téměř nulový zůstatek na základním fondu. V roce 2014 nenaplnila rezervní fond. V průběhu roku 2015 splatí VZP 0,5 mld. Kč z poskytnuté návratné finanční výpomoci.

Příjmy z přerozdělení pojistného na veřejném zdravotním pojištění (dále jen „pojistné“) ZZP během roku 2015 budou činit 95,3 miliardy Kč. Disponibilní zdroje základního fondu ZZP budou v roce 2015 činit 93,1 mld. Kč.

Příjmy z přerozdělení pojistného VZP během roku 2015 budou činit 150,5 mld. Kč. Disponibilní zdroje základního fondu VZP budou v roce 2015 činit 145,8 mld. Kč

Oproti roku 2014 se tak očekává zvýšení disponibilních zdrojů pro úhradu zdravotních služeb o 9 miliard Kč.

Vláda ČR deklarovala, že bude poskytovatelům zdravotních služeb kompenzovat zrušené regulační poplatky, a to do výše skutečně vybraných poplatků v roce 2013, tj. 1,8 mld. Kč za hospitalizace, 1,5 mld. Kč za klinická vyšetření a 0,7 mld. Kč za výdej léků na recept.

Vláda ČR rovněž deklarovala svůj úmysl zvýšit úhrady segmentům, v nichž dojde k nárůstu platů.

S ohledem na výše uvedené skutečnosti má vyhláška tyto cíle:

- Podpořit kvalitní a dostupnou péči v zařízeních poskytujících akutní lůžkovou péči.

- Podpořit kvalitní a dostupnou péči v zařízeních poskytujících následnou a dlouhodobou péči.
- Podpořit kvalitní a dostupnou péči v lázních a ozdravovnách
- Umožnit ostatním poskytovatelům růst, odpovídající finančním možnostem systému.
- Pokračovat v narovnávání systému úhrad: pokračovat ve sbližování základní sazby mezi zdravotními pojišťovnami a ve sjednocení způsobu úhrad ambulantním v nemocnicích a mimo nemocnice.
- Prosazovat mechanismy úhrad, které poskytují všem smluvním stranám motivace ke zvyšování efektivity v poskytování zdravotních služeb hrazených v rámci systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“).
- Zjednodušit řízení poskytované péče v nemocnicích (snížením segmentace úhrad akutní lůžkové péče, zjednodušením systému regulací)
- Zmírnit pokles zůstatků na základním fondu zdravotních pojišťoven.

1.6 Zhodnocení rizika

Nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení by znamenalo porušení povinnosti uvedené pro Ministerstvo zdravotnictví, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2015 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Rovněž jejím vydáním dojde k zamezení případného rizika žalob (viz závěry z relevantních právních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2012, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010), vyplývajících ze situace, kdy by nebylo možno jednoznačně určit podle jakých parametrů počítat výše úhrady.

2 Návrh variant řešení a hodnocení nákladů a přínosů jednotlivých variant řešení

Vyhláška stanoví hodnotu bodu, výši úhrad a regulační omezení pro různé segmenty poskytovatelů. U každého segmentu přichází v úvahu různé úhradové mechanismy, které jsou však vzájemně poměrně nezávislé (jinými slovy – zvolené řešení pro akutní lůžkovou péči neovlivňuje zvolené řešení pro následnou lůžkovou péči). Předkladatel proto považuje za vhodné hodnotit varianty řešení postupně pro jednotlivé segmenty (či skupiny segmentů) nebo pro určitý problém, který je nutno řešit.

2.1 Segment akutní lůžkové péče, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady (ISSÚ)

Úhrada ISSÚ se domluví individuálně mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Úhradová vyhláška v tomto případě stanoví minimalistickou variantu úhrady pro případ, že by k žádné dohodě nedošlo. Obvyklou složkou ISSÚ jsou takové druhy hospitalizačních případů, u nichž použitý materiál tvoří významnou část nákladů, kdy je cena materiálu velmi variabilní a kdy se cena materiálu rovněž mění v čase.

Varianta 0 – Žádná změna

Dle této varianty se vymezení individuálně smluvně sjednané složky úhrady nemění oproti roku 2014. Úhrada ISSSÚ by byla použita v oblasti kardiologie – zahrnovala by jen implantaci a výměnu kardioverterů (implantibilních defibrilátorů) a kardiostimulátorů (viz tabulka příslušných typů hospitalizací). V případě nedohody by zdravotní pojišťovna uhradila poskytovateli 75 % ceny ISSSÚ referenčního období.

0501	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE
0507	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU
0511	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU
0516	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU
0511	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU

Varianta 1 – Rozšíření ISSSÚ

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady by zahrnovala oproti roku 2014 navíc koronární stenty (viz tabulka příslušných typů hospitalizací) Jelikož úhrada formou „balíčků“ je preferována u hospitalizací, u nichž významnou část nákladů tvoří náklady za použitý materiál, a kde je cena materiálu proměnlivá, považuje Ministerstvo za žádoucí zahrnout koronární stenty do individuálně smluvně sjednané složky úhrady. V případě nedohody zdravotní pojišťovna uhradí poskytovateli 85 % ceny balíčků referenčního období.

0501	SRDEČNÍ DEFIBRILÁTOR A IMPLANTÁT PRO PODPORU FUNKCE SRDCE
0507	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU U AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU
0511	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU
0516	VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU
0511	IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU, SELHÁNÍ SRDCE NEBO ŠOKU
0522	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU
0523	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU
0524	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 NEPOTAHOVANÉ STENTY PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU
0526	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU
0527	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≤ 2 POTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU
0528	PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA, ≥ 3 NEPOTAHOVANÉ STENTY BEZ AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU

2.2 Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady - „centrové léky“

V této části se stanoví úhrada pro léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „centrové léky“)

Varianta 0 – Žádná změna

Dle této varianty se individuálně smluvně sjednaná složka úhrady v oblasti centrových léků nebude měnit oproti roku 2014.

Varianta 1 – výkonová úhrada pro obtížně predikovatelná onemocnění

Úhrada centrových léků bude mít pro rok 2015 stejné parametry jako pro rok 2014, s výjimkou úhrady léčivých přípravků na onemocnění roztroušená skleróza, která bude řešenasamostatně a rozpočet na tyto léčivé přípravky tedy nebude možné využít na úhradu léčivých přípravků na jiná onemocnění (či naopak). Samostatně bude rovněž zakotvena výkonová úhrada pro léčivé přípravky na vzácná onemocnění, kde jsou počty pacientů nízké leč těžko predikovatelné. Příkladem jsou antivirotika pro léčbu HIV/AIDS. Jedná se o taková onemocnění, která některé zdravotní pojišťovny již dnes hradí výkonově (čili uhradí poskytovateli takové množství léčivých přípravků, jaké skutečně pacientovi podá). Vyčleněním těchto onemocnění přímo do textu úhradové vyhlášky chce ministerstvo dosáhnout jednotného systému úhrad léků pro tato onemocnění napříč všemi zdravotními pojišťovnami.

2.3 Individuální paušální úhrada (IPU)

Úhrada formou případového paušálu na rozdíl od úhrady paušální napomáhá ke zvyšování efektivity díky nutnosti vykazovat určitý strukturovaný objem produkce a nevede k omezování objemu poskytnuté péče čili „podléčování“ za účelem vytvoření zisku z předem daného objemu úhrad. Zároveň úhrada formou případového paušálu na rozdíl od výkonové platby neposkytuje silný motiv ke generování zbytečných výkonů s mizivým užitkem čili „přelčování“. Užití tohoto způsobu úhrady tak přispívá ke zvyšování efektivity poskytování zdravotních služeb napříč systémem, a to bez nutnosti plošných škrtů. Z těchto důvodů ministerstvo jednoznačně prosazuje úhradu formou případového paušálu jako hlavní mechanismus úhrady za akutní lůžkovou péči.

Volba grouperu

Za účelem vypočtení individuální paušální úhrady každého poskytovatele (tedy jakési maximální možné úhrady v roce 2015) ministerstvo považuje za nejvhodnější variantu použití stávajícího grouperu verze 010 (algoritmu zařazování hospitalizačních případů do DRG skupin) a s ním souvisejících relativních vah. Každý poskytovatel má svoji referenční produkci vykázanou a oceněnou tímto grouperem a souvisejícími relativními vahami a není tedy problém pro jednotlivé poskytovatele (a zdravotní pojišťovny) okamžitě namodelovat maximální úhradu roku 2015. Z tohoto důvodu shledáváme možnost použití stejného grouperu a relativních vah jako v roce 2013 za optimální.

Za účelem určení, zda vypočtené maximální produkce poskytovatel v roce 2015 dosáhne, se jeho produkce v hodnoceném období srovnává s jeho produkcí v referenčním období. Pro tyto

účely naopak Ministerstvo zdravotnictví považuje za optimální použití nejnovějšího grouperu a nejnovějších relativních vah, tedy verze 012. Pro účely porovnání produkce 2013 a 2015 se oba tyto údaje přepočítají podle grouperu a relativních vah 012. Pečlivá práce, kterou na rozvoji relativních vah a grouperu do roku 2015 vykonalo Národní referenční centrum v úzké spolupráci s odbornými společnostmi, bude v roce 2015 použita.

Pro úhrady akutní lůžkové péče hledalo ministerstvo takový úhradový mechanismus, který by reflektoval nárůst platů v segmentu akutní lůžkové péče v roce 2015, čili takový úhradový mechanismus, díky němuž žádný poskytovatel za součet akutní lůžkové a ambulantní péče neobdrží v roce 2015 méně než 103 % úhrady roku 2014. Je však zřejmé, že vzhledem ke skokovému (a nerovnoměrnému) nárůstu úhrad za akutní lůžkovou péči mezi lety 2014/2013 je toto kritérium prakticky nesplnitelné. A to především právě u těch poskytovatelů, kteří si mezi rokem 2014 a 2013 významně polepšili. Jako měřítko úspěšnosti variant tedy hodnotíme počet poskytovatelů, kteří v roce 2015 dosáhnou alespoň 103 % úhrady roku 2014, pokud si zároveň mezi rokem 2014 a 2013 nepolepšili o více než 107 %.

Varianta 0 – Koeficienty specializace

Dle této varianty by se mechanismus výpočtu úhrady nezměnil oproti roku 2014.

Vyhláška by opět používala tzv. koeficienty specializace zdravotních služeb, jimiž se při výpočtu individuální paušální úhrady násobí relativní váhy hospitalizačních případů, které jsou pro tento rok přepočítány na základě aktuálních údajů poskytnutých zdravotními pojišťovnami. Jednotlivé skupiny vztahené k diagnóze (DRG) jsou rozřazeny do tří kategorií podle míry specializace a náročnosti péče. Ke každé kategorii skupin je přiřazen koeficient, kterým se při výpočtu individuální paušální úhrady násobí příslušná relativní váha. Oproti roku 2014 dochází ke sblížení výše koeficientů mezi jednotlivými DRG skupinami. Koeficienty budou ve výši 1, 1.13 a 2.43, kde nejvyšší koeficient je přiřazen velmi specializovaným hospitalizačním případům. Základní sazba je na úrovni 28 600 Kč, dolní risk-koridor $102\% * K_{pp}$ a horní risk koridor $145\% * K_{pp}$

Varianta 1 – Paušál roku 2014, 103 %

Dle této varianty by se každému poskytovateli akutní lůžkové péče stanovila individuální paušální úhrada pro rok 2015 ve výši $103\% \text{ roku } 2014 * K_{pp}$

Varianta 2 – Jednotná základní sazba

Celková úhrada se vypočte jako referenční produkce, která je násobená technickou základní sazbou ve výši 30 000 Kč a koeficientem váženého přechodu pojištěnců (K_{pp}). Dolní risk-koridor je nastaven na $105\% * K_{pp}$ a horní risk-koridor na $150\% * K_{pp}$.

Varianta 3 – Koeficienty stabilizace

Pro rok 2015 navrhlo ministerstvo stabilizační koeficienty za cílem splnění všech stanovených závazků. Stabilizační koeficienty se použijí analogicky s koeficienty specializace. Rozdíl je

v jejich výpočtu – stabilizační koeficienty jsou matematicky optimalizovány tak, aby u každého poskytovatele byla celková úhrada roku 2015 co nejlíže 103 % úhrady roku 2014. Samotný technický výpočet koeficientů byl proveden pomocí statistických nelineárních regresních metod a iteračních postupů.

Základní sazba je stanovena na 23 200 Kč, dolní risk-koridor na 102 %*Kpp a horní risk-koridor na 137%*Kpp.

2.4 Ambulantní složka úhrady v nemocnicích

Varianta 0 – Žádná změna

Dle této varianty se text týkající se ambulantní složky úhrady poskytovatelů akutní lůžkové péče nezmění oproti úpravě roku 2014.

Varianta 1 – Nesnižující se hodnota bodu

Pro výpočet ambulantní složky úhrady poskytovatelů akutní lůžkové péče se uplatní pouze plná hodnota bodu, nikoli snižující se výsledná hodnota bodu (jako je tomu v samostatných ambulancích). Regulace preskripce a vyžádané péče se u poskytovatelů akutní lůžkové péče budou vztahovat na „globálního“ unikátního pojištěnce, čili na počet unikátních pojištěnců napříč odbornostmi daného poskytovatele (na rozdíl od současného pojetí regulace, kdy se počet unikátních pojištěnců získá jako součet unikátních pojištěnců zvlášť pro každou odbornost poskytovatele). Výpadek příjmů z regulačních poplatků bude kompenzován pomocí signálního kódu, za nějž poskytovatel získá od ZP 30 Kč. Celková výše kompenzace těchto poplatků nepřekročí výši poplatků vybraných v roce 2013. Úhrada za kompenzované poplatky bude nad rámec jakýchkoli úhradových limitů (např. risk-koridorů).

2.5 Segment následné, dlouhodobé a zvláštní lůžkové péče

V rámci segmentu následné, dlouhodobé a zvláštní lůžkové péče je plánován nárůst celkem ve výši 1 mld. korun. Z toho 400 milionů je plánováno na nárůst platů a 600 milionů na kompenzaci regulačních poplatků. V segmentu nedošlo v Dohodovacím řízení k dohodě, v úvahu přicházejí následující 4 varianty:

Varianta 0 – Zachovat znění úhradové vyhlášky 2014

Nulová varianta představuje zachování původního znění vyhlášky z roku 2014.

Varianta 1 - Sjednocení úhrad za ošetrovací den napříč pojišťovny a poskytovateli

Varianta 1 sjednocuje úhrady pro všechny poskytovatele i pojišťovny, stanovuje jednotné sazby úhrad za jednotlivé ošetrovací dny (OD). Tyto úhrady jsou spočteny jako vážený průměr skutečných úhrad a jsou navýšeny o stejné procento (za účelem kompenzace výpadku regulačních poplatků a kvůli zvyšování platů).

Varianta 2 - Shodné procentuální navýšení úhrad za OD všem.

Varianta 2 počítá s navýšením úhrad všem poskytovatelům o 8% oproti roku 2014, a to v souvislosti se zvýšením platů a s kompenzací výpadku regulačních poplatků za jeden den ústavní péče. Nedojde tak ke sjednocení úhrad mezi pojišťovny a poskytovateli, ale dojde k plošnému navýšení.

Varianta 3 - Kompenzace úhrad za OD u kategorie pacienta 3 a 4

Varianta 3 je principiálně shodná s variantou 2, pouze s tím rozdílem, že zohledňuje zvýšené nároky na počet ošetrovacího personálu u OD č. 00022 (lůžka rehabilitačních odborných léčebných ústavů) a OD č. 00027 (lůžka dětských rehabilitačních odborných léčebných ústavů), u kategorií pacientů 3 a 4 podle seznamu výkonů. Tyto zvýšené náklady vznikly v roce 2013 v souvislosti s novou vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Tato vyhláška stanovuje pro kategorie pacientů 3 a 4 zajistit nad rámec obvyklého počtu zaměstnanců navíc 0,5 úvazku lékaře, 0,8 úvazku lékaře s odbornou způsobilostí, 9,0 úvazku všeobecné sestry, 10,0 úvazku sanitáře, ošetrovatele či maséra a 3,0 úvazky fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta. V této variantě dojde k rovnoměrnému navýšení paušální sazby u všech OD a to o 7 % oproti roku 2014, pouze u u kategorií 3 a 4 OD č. 00022 a 00027 dojde k navýšení o 10 %, které částečně reflektuje výše popsané vyšší nároky na personál.

2.6 Všeobecní praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

Varianta 0 – Žádná změna

Dle této varianty by se pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost podmínky kapitačních i dalších plateb a limity pro uplatnění regulačních opatření neměnily oproti roku 2014.

Varianta 1 – Dohoda poskytovatelů a zdravotních pojišťoven

Znění vyhlášky pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost by vycházelo z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v Dohodovacím řízení.

Změnou oproti roku 2014 by bylo zvýšení kapitační platby pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost (dále jen „poskytovatelé“) z 50 Kč na 52 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 1 den v týdnu na pevně stanovenou hodinu.

Další změnou je regulační omezení úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v podskupině 2 – pomůcky pro inkontinentní. Regulace na tyto pomůcky je vyjmuta z regulace ostatních předepsaných zdravotnických prostředků a je omezena o něco přísněji, než ostatní prostředky.

Z Dohodovacího řízení také vyplynula dohoda o zvýšené hodnotě bodu pro výkony očkování 02105 a 02125 při splnění metodiky zveřejněné příslušnou zdravotní pojišťovnou a dalších podmínek určených zdravotní pojišťovnou (například realizace objednávek očkovací látky pouze u zdravotní pojišťovnou sděleného distributora).

Kompenzace regulačních poplatků bude řešena úhradou poskytovateli ve výši 30 Kč za každý uznaný výkon č. 09543 dle seznamu výkonů. Maximálně však do výše částky vybrané

poskytovatelem za regulační poplatky v roce 2013. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby. Ujednání o kompenzaci je zakotveno v § 16 předkládaného návrhu úhradové vyhlášky.

Varianta 2 – Dohoda se zohledněním veřejného zájmu

Znění vyhlášky pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost by vycházelo z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v Dohodovacím řízení se zohledněním veřejného zájmu v následujících bodech:

- a) Základní kapitační sazba se stanoví na 52 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 2 dny v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu. Zvýšení kapitační platby by mělo být promítnuto v lepší dostupnosti péče praktického lékaře pro pacienty.
- b) Nezahrnutí dohody ohledně zvýšené hodnoty bodu pro výkony očkování 02105 a 02125 při splnění metodiky zveřejněné příslušnou zdravotní pojišťovnou. Toto ujednání nemůže být do úhradové vyhlášky z legislativních důvodů implementováno, jelikož konkrétní metodika dané zdravotní pojišťovny nemá oporu v zákoně a tedy nemůžou být tyto podmínky zahrnuty v obecném právním předpise.

2.7 Segment ambulantních specialistů a poskytovatelé v odbornostech 903, 905, 919 a 927

Varianta 0 – Zachovat znění úhradové vyhlášky 2014

Nulová varianta představuje zachování původního znění vyhlášky z roku 2014.

Varianta 1 - Respektovat neformální dohodu z dohodovacího řízení

Tato varianta vychází z neformální dohody segmentu ambulantních specialistů a zdravotních pojišťoven, kdy došlo k parciální dohodě na některých parametrech vyhlášky.

Dochází ke zvýšení hodnoty bodu z 1,02 na 1,03 Kč za bod a zároveň ke zvýšení fixní složky úhrady (FS) z 0,30 na 0,31 Kč.

Do celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, nebude v referenčním období započteno 45 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu.

Výjimka z regulačního omezení, kdy poskytovatel může odůvodnit nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, nebude na základě dohody poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v roce 2015 součástí úhradové vyhlášky.

Dále dochází ke změně v regulačním omezení. Nově budou přípravky pro léčbu hemofiliků (uvedené v příloze č. 14 úhradové vyhlášky), započítány do výpočtu průměrné úhrady na

jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období.

Kompenzace regulačních poplatků bude řešena úhradou poskytovateli ve výši 30 Kč za každý uznaný výkon č. 09543 dle seznamu výkonů. Maximálně však do výše částky vybrané poskytovatelem za regulační poplatky v roce 2013. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby. Ujednání o kompenzaci je zakotveno v § 16 předkládaného návrhu úhradové vyhlášky.

Varianta 3 – Respektování dodatečné neformální dohody a zohlednění veřejného zájmu

Tato varianta kopíruje částečnou dohodu zástupců ambulantních specialistů a zdravotních pojišťoven, avšak nad její rámec vyjímá z regulace výkonu odbornosti gastroenterologie, které jsou vykazovány v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta. Jedná se o výkony č. 15103, 15107, 15440, 15445 a 15950, které budou doplněny ke stávajícím výkonům č. 15101 a 15105. Tato změna má za cíl podpořit probíhající programy adresného zvaní na screeningová vyšetření a nastavuje stejné podmínky pro všechny druhy celoplošných screeningů.

2.8 Segment ambulantních gynekologů (odbornost 603 a 604)

Varianta 0 – Zachovat znění úhradové vyhlášky 2014

Nulová varianta představuje zachování původního znění vyhlášky z roku 2014.

Varianta 1 – Respektovat dohodu segmentu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb

Tato varianta vychází z dohody segmentu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb a zdravotních pojišťoven v Dohodovacím řízení.

Dle dohody uskutečněné v Dohodovacím řízení dojde k navýšení hodnoty bodu z 1,06 Kč na 1,07 Kč.

Dále bylo dohodnuto, že celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 nepřekročí částku, která se vypočte takto: $POP_{zpo} \times PUROo \times Inu$, kde:

POP_{zpo} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze zdravotní výkony č. 09513 (Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem) a č. 09511 (Minimální kontakt lékaře s pacientem),

$PUROo$ průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období,

Inu index nárůstu úhrad, jehož hodnota je minimálně 1,00

V případě nově nasmlouvaných výkonů, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů,

včetně zvláště účtovaného materiálu a zvláště účtovaných léčivých přípravků. Tyto nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1,- Kč.

Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši jedné dvanáctiny 100 % objemu úhrady za referenční období, namísto současných 98 % objemu úhrady za referenční období.

Dále dochází k těmto změnám v regulačních omezeních:

Již se nadále nebude aplikovat pravidlo, které umožňuje uplatnit regulační omezení pouze v případě, kdy pojišťovny sdělí poskytovateli do 30. dubna roku 2015 hodnoty referenčního období, které do výpočtu regulačního omezení vstupují.

Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se pro účely regulace započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení.

V rámci této dohody došlo také ke změně znění regulačního omezení, které nově říká, že zdravotní pojišťovna může poskytovateli snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči, a to způsoby obsaženými ve smlouvě mezi poskytovatelem a pojišťovnou.

Mezi další změny v principech stanovení úhrady patří ustanovení, že pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace. 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 nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

A pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení.

Kompenzace regulačních poplatků bude řešena úhradou poskytovateli ve výši 30 Kč za každý uznaný výkon č. 09543 dle seznamu výkonů, maximálně však do výše částky vybrané poskytovatelem za regulační poplatky v roce 2013. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby. Ujednání o kompenzaci je zakotveno v § 16 předkládaného návrhu úhradové vyhlášky.

Varianta 2 – Respektovat dohodu segmentu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb, avšak se zohledněním veřejného zájmu

Tato varianta vychází z dohody segmentu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb a zdravotních pojišťoven v Dohodovacím řízení, avšak je v ní zohledněn veřejný zájem v těchto bodech:

- a) Koeficient Inu nelze pro výpočet celkové výše úhrady v navrhovaném znění použít, neboť v případě nedohody musí úhradová vyhláška stanovit konkrétní výši úhrad. Koeficient „alespoň 1“ není konkrétní, ministerstvo tudíž volí index nárůstu úhrad rovný 1,00. Proto pro účely výpočtu celkové výše úhrady bude použit pouze vzorec: $POP_{zpo} \times PURO_o$.

- b) Regulační omezení, které opravňuje zdravotní pojišťovny poskytovateli snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči, a to způsoby obsaženými ve Smlouvě je v rozporu s nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13. Toto ustanovení je ústavně nekonformní, neboť je jen na uvážení zdravotní pojišťovny, zda a jakým způsobem regulaci uplatní či neuplatní. Z toho důvodu ministerstvo pro účely regulace ponechává původní znění, tedy „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.“

2.9 Segment laboratorních a radiologických služeb (odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů)

Varianta 0 – Žádná změna

Dle této varianty by se pro segment laboratorních a radiologických služeb podmínky úhrad neměnily oproti roku 2014.

Varianta 1 – Částečná dohoda poskytovatelů a zdravotních pojišťoven

Znění vyhlášky pro tento segment by vycházelo z dohody poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v Dohodovacím řízení vetovaného zástupci akutní lůžkové péče. Změnou oproti roku 2014 je výpočet maximální úhrady pro poskytovatele poskytující hrazené služby ve všech výše uvedených odbornostech mimo odbornosti 809 a 810.

Celková výše úhrady nepřekročí částku, která se vypočte takto: $POP_{icZ} \times PURO_{icZ} \times I_{nu}$

kde:

POP_{icZ}	počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených poskytovatelem výše uvedených odbornostech mimo 809 a 810 v hodnoceném období,
$PURO_{icZ}$	průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období,
I_{nu}	index nárůstu úhrad, jehož hodnota je minimálně 1,00

Další změnou je zvýšení hodnoty bodu pro odbornost 817 z 0,5 Kč na 0,7 Kč, snížení hodnoty bodu pro odbornosti 807 a 823 z 0,7 Kč na 0,5 Kč a zrušení bonifikace pro poskytovatele disponující certifikátem ISO resp. NASKL (resp. vyšší hodnota bodu pro všechny poskytovatele bez ohledu na to, zda certifikát kvality vlastní či nikoli).

Poskytovatelé se se zástupci zdravotních pojišťoven dohodli, že výjimka z regulačního omezení, kde poskytovatel může odůvodnit nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, nebude v roce 2015 součástí vyhlášky.

Varianta 2 - Dohoda se zohledněním veřejného zájmu

V segmentu laboratorních a radiologických služeb by text úhradové vyhlášky kopíroval dosaženou dohodu, avšak s tím rozdílem, že navýšení hodnoty bodu v odbornosti 817 nepovažuje Ministerstvo za veřejný zájem, a proto hodnotu bodu této odbornosti ponechá v původní výši. Rovněž považuje za nežádoucí vypuštění ujednání o akreditaci ISO resp. NASKL, neboť v situaci, kdy řada poskytovatelů do auditu investovala nemalé finanční prostředky, je těžko ospravedlnitelné přestat rozlišovat výši úhrady pro poskytovatele s akreditací a bez akreditace.

Pro odbornost 809 a 810 zůstane zachován stávající vzorec pro výpočet výsledné hodnoty bodu.

2.10 Segment poskytovatelů ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů

Varianta 0

Zachování stávajícího znění úhradové vyhlášky. U segmentů, v nichž nedošlo k dohodě, jichž se nedotkne zrušení regulačních poplatků a přímo ani navýšení platů, se ministerstvo zdravotnictví rozhodlo do stávajících úhradových mechanismů nezasahovat.

2.11 Segment poskytovatelů ambulantní péče v odbornosti 902 a 917 podle seznamu výkonů

Varianta 0

Zachování stávajícího znění úhradové vyhlášky. U segmentů, v nichž nedošlo k dohodě, jichž se nedotkne zrušení regulačních poplatků a přímo ani navýšení platů, se ministerstvo zdravotnictví rozhodlo do stávajících úhradových mechanismů nezasahovat.

2.12 Segment poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, přepravy pacientů neodkladné péče, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství

Varianta 0 – Žádná změna

Dle této varianty by se pro segment poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, přepravy pacientů neodkladné péče, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství podmínky úhrad neměnily oproti roku 2014.

Varianta 1 – Dohoda poskytovatelů a zdravotních pojišťoven

Znění vyhlášky pro tento segment by vycházelo z dohody poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v Dohodovacím řízení. Změny oproti roku 2014 jsou zvýšení hodnoty bodu a fixní složky úhrady pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu a snížení hodnoty bodu a fixní složky úhrady, pokud poskytovatel neposkytuje zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu.

- Pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,96 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,58 Kč.
- Pro poskytovatele neposkytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,81 Kč a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč.

Poskytovatelé se se zástupci zdravotních pojišťoven dohodli, že výjimka z regulačního omezení, kde poskytovatel může odůvodnit nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, nebude v roce 2015 součástí úhradové vyhlášky.

2.13 Segment poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravoven

Varianta 0 – Zachovat znění úhradové vyhlášky 2014

Nulová varianta představuje zachování původního znění vyhlášky z roku 2014.

Varianta 1 – Respektovat dohodu segmentu poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravoven

Tato varianta vychází z dohody segmentu poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravoven a zdravotních pojišťoven v Dohodovacím řízení.

V rámci Dohodovacího řízení bylo dohodnuto, že úhrada u komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé zůstane na úrovni roku 2014, pro děti se zvýší o 100 Kč. Pokud úhrada pro dospělé nebyla v roce 2014 sjednána, stanoví se ve výši 1050 Kč za jeden den pobytu, pro děti na úrovni 1350 Kč za jeden den pobytu.

V případě příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče došlo dle intencí dohody k vypuštění navýšení úhrad za jeden den pobytu o 100 Kč u dospělých a o 200 Kč u dětí a dorostu oproti úhradě sjednané k 31. 12. 2013.

Poskytovatelům příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče přísluší úhrada 30 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů (signální výkon provedení klinického vyšetření – kompenzující zrušený regulační poplatek), který může být pojišťovně vykázán maximálně 3 x za dobu léčení pojištěnce.

Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách zůstává úhrada na úrovni roku 2014, pokud nebyla úhrada v roce 2014 stanovena, stanoví se ve výši 740 Kč za jeden den pobytu.

2.14 Segment poskytovatelů v oboru zubní lékařství

Varianta 0 – Zachovat znění úhradové vyhlášky 2014

Dle této varianty by se pro segment poskytovatelů v oboru zubní lékařství podmínky úhrad neměnily oproti roku 2014.

Varianta 1 – Částečná dohoda poskytovatelů a zdravotních pojišťoven

Znění vyhlášky pro tento segment by vycházelo z dohody poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v Dohodovacím řízení vetovaného zástupci akutní lůžkové péče.

Změny oproti vyhlášce pro rok 2014 jsou u těchto kódů výkonů:

00901 - Opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce

– preventivní prohlídka – zvýšení úhrady z 368 Kč na 410 Kč.

00903 - Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou

– rozšíření textu u výkonu - Kód nelze vykázat v případě registrace pacienta daným poskytovatelem. Kód se vykazuje 1x na jednu diagnózu/ 1 poj/ 1 rok, v případě rozštěpových vad, onkologických a traumatologických diagnóz maximálně 3/ 1 poj./ 1 rok.

00913 - Zhotovení ortopantomogramu

– změna textu regulačního omezení - Lze vykázat 1/ 2 roky

Pro odbornost 014 s potvrzením o soustavné účasti v systému školicích akcí celoživotního vzdělávání zubních lékařů PA, CH, PE a odbornost 015, 605 lze vykázat 1/1 rok pouze v souvislosti se specializovanou péčí; v ostatních případech (např. u vlastních registrovaných pacientů) platí omezení kódu 1/ 2 roky. Pro LSPP a v případě úrazové diagnózy lze vykázat bez omezení.

00921 - Ošetření zubního kazu – stálý zub

– zvýšení úhrady z 220 Kč na 242 Kč.

00931 - Komplexní léčba chronických onemocnění parodontu

– rozšíření textu u výkonu - Výkon svým obsahem nespadá do preventivní péče. Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pacienta v rámci převzetí do pravidelné parodontologické péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1/1 kal. rok. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace

00932 - Léčba chronických onemocnění parodontu

– rozšíření textu u výkonu – Odstup mezi vykázáním kódů 00932 musí být v takovém intervalu, aby bylo možno prokázat účelnost léčby, lze vykázat minimálně v měsíčních odstupech. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné parodontologické dokumentace. Nelze vykázat s kódy 00900, 00901 a 00946.

00940 - Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní sliznice

– rozšíření textu u výkonu - Výkon komplexního vyšetření se vykazuje při vyšetření pacienta v rámci převzetí do pravidelné specializované péče a dále vždy, pokud dojde ke změně zdravotního stavu, a to maximálně s frekvencí 1/1 kal. rok. Podmínkou vykázání výkonu je vedení prokazatelné dokumentace onemocnění ústní sliznice a návrh léčby.

00945 - Cílené vyšetření

– rozšíření regulačního omezení - Kód nelze vykázat při návštěvě, která vyplývá z plánu ošetření.

00968 - Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL - stomatochirurgem

– rozšíření textu výkonu - Stomatochirurgické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL - stomatochirurgem v ambulanci poskytovatele ambulantních hrazených služeb

Kód není určen pro ambulance poskytovatelů lůžkových služeb, tzn., že kód není určen ani pro ambulance, kdy je provozovatel současně provozovatelem lůžkových služeb jakékoliv

odbornosti. Kód 00968 bude v roce 2015 hrazen pouze poskytovatelům, kteří jsou uvedeni na seznamu garantovaném odbornou společností a dohodnutém se zdravotními pojišťovny.

U výkonů č. 00982, 00993 a 00994 se do popisu výkonu přidává informace, že materiál fixního aparátu není hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Varianta 2 – zohlednění dohody a veřejného zájmu

Varianta 2 vychází z varianty 1, pouze ji uvádí do souladu s právními předpisy

U výkonů č. 00982, 00993 a 00994 se odstraňuje tvrzení, že materiál fixního aparátu není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Ze zákona č. 48/1997 Sb. vyplývá opak a vyhláška nemůže být v rozporu se zákonem.

U výkonu č. 00968 se odstraňuje omezení, že kód 00968 bude v roce 2015 hrazen pouze poskytovatelům, kteří jsou uvedeni na seznamu garantovaném odbornou společností a dohodnutém se zdravotními pojišťovny. Seznam odborné společnosti ani zdravotní pojišťovny není pro právní předpis závazný a nelze se na něj odvolat. S kým pojišťovna výkon nasmlouvá, je v její gesci, dodrží-li podmínky místní a časové dostupnosti, proto není nutné ani možné omezovat její smluvní volnost vyhláškou.

3 Vyhodnocení nákladů a přínosů

3.1 Identifikace nákladů a přínosů

Předkladatel považuje za vhodné provést vyhodnocení nákladů a přínosů po jednotlivých dílčích variantách popsaných v kapitole 2.

Ad 2.1 Segment akutní lůžkové péče, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

Varianta 0

Přínosy – znění je platné již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny jeho obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady – koronární stenty budou hrazeny pomocí případového paušálu, který nezohledňuje jejich proměnlivou cenu. Úhrada pomocí případového paušálu na základě grouperu 010 nereflexuje aktuální náklady, ale náklady vypočtené na základě údajů z roku 2010, proto bude docházet k neefektivnímu vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Varianta 1

Přínosy – úhrada bazí, které obsahují koronární stenty, bude stanovena podle skutečných nákladů, které zohledňují proměnlivou cenu materiálů. Prostředky ušetřené díky snížení výdajů na koronární stenty budou zdravotní pojišťovny transparentně reinvestovat do jiných technologií, hrazených obvykle formou individuálně sjednané složky úhrady (především různé moderní technologie, které nejsou všeobecně rozšířené).

Náklady – poskytovatelé i zdravotní pojišťovny se budou muset přizpůsobit novému způsobu úhrad koronárních stentů a vyjmout tyto hospitalizační případy z úhrad prostřednictvím

případového paušálu. Tento náklad je ale zanedbatelný a pro obě strany není problém se této změně rychle přizpůsobit.

Ad 2.2 Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady - „centrové léky“

Varianta 0

Přínosy – znění je platné již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady – u onemocnění jako je HIV/AIDS či hereditární angioedém, která jsou jednoznačně rozpoznatelná, ale vzhledem k nízkému celorepublikovému počtu pacientů jsou náklady na tyto pacienty u jednotlivých poskytovatelů prakticky nepředvídatelné, by mechanismus úhrad nebyl jednotný napříč zdravotními pojišťovnami. Poskytovatel by pak byl nespravedlivě penalizován, pokud by se u něj v hodnoceném období sešlo více pacientů zdravotní pojišťovny, která léky na tato onemocnění nehradí výkonově, ale jako součást celkového rozpočtu na vzácná onemocnění. Náklady na léčbu pacientů, která je jednoznačně potřebná, by šly k tíži poskytovatele.

Varianta 1

Přínosy – dojde k definování obtížně predikovatelných onemocnění a k zakotvení výkonové úhrady pro tato onemocnění. Pacientům se tak dostane léčby, jakou potřebují, a náklady na tuto léčbu nepůjdou neoprávněně k tíži poskytovatele.

Náklady – poskytovatelé i zdravotní pojišťovny se budou muset přizpůsobit novému způsobu úhrad v oblasti centrových léků. Tento náklad je ale zanedbatelný a pro obě strany není problém se této změně rychle přizpůsobit.

Ad 2.3 Individuální paušální úhrada

Varianta 0 – Koeficienty specializace

Přínosy – tato varianta sblížuje základní sazby mezi zdravotními pojišťovnami. Oproti koeficientům roku 2014 jsou navrhované koeficienty specializace mnohem méně významné. Úhrady poskytovatelům i v roce 2015 reflektují míru jejich specializace.

Náklady – Koeficienty specializace jsou vnímány jako cizorodý prvek, který do úhradového systému nepatří.

Varianta 1 – Paušál roku 2014, 103 %

Přínosy – způsob výpočtu je jednoduchý a transparentní.

Náklady – nedochází k žádnému sblížení základních sazeb mezi zdravotními pojišťovnami. Varianta velmi špatně plní zadání růstu úhrad poskytovatelům oproti roku 2014.

Varianta 2 – Jednotná základní sazba

Přínosy – způsob výpočtu je jednoduchý a transparentní.

Náklady – Varianta neplní příliš dobře zadání růstu úhrad poskytovatelům oproti roku 2014. Dopadá negativně především na specializovaná pracoviště, která mají (oprávněně) vyšší základní sazbu než nesespecializovaná pracoviště.

Varianta 3 – Koeficienty stabilizace

Přínosy – Varianta relativně dobře plní zadání růstu úhrad oproti roku 2014.

Náklady – koeficienty stabilizace mají velké rozpětí a lze tedy předpokládat, že vzbudí negativní reakce mezi odbornou veřejností. Použití koeficientů vysílá mezi odbornou veřejnost negativní signál.

Ad 2.4 Ambulantní složka úhrady v nemocnicích

Varianta 0

Přínosy – znění je platné již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny jeho obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady – Pro větší poskytovatele bude sledování produkce v ambulantní části nadále extrémně komplikované (a prakticky neřiditelné). Poskytovatel musí při současném znění vyhlášky sledovat počty vykázaných bodů a počty pojištěnců v každé ambulantní odbornosti, a ve vztahu ke každé pojišťovně zvlášť. Rovněž regulační omezení jsou v této úpravě příliš složitá, každý poskytovatel musí sledovat počet unikátních pojištěnců v každé jednotlivé odbornosti, pro každou zdravotní pojišťovnu zvlášť.

Varianta 1

Přínosy – Dojde k významnému zjednodušení sledování produkce v ambulantní části nemocnic. Navrhovaná úprava rovněž počítá se zmírněním regulací za předepsané léčivé přípravky v případě, že poskytovatel předepisuje alespoň polovinu receptů elektronicky.

Náklady – koncept „globálního unikátního pojištěnce“ je nový a poskytovatelé i zdravotní pojišťovny mu budou muset přizpůsobit své informační systémy.

Ad 2.5 Segment následné, dlouhodobé a zvláštní lůžkové péče

Varianta 0

Přínosy – tato varianta nemá žádný přínos, jelikož není ve shodě se závazky, které Ministerstvo zdravotnictví přislíbilo během roku 2014.

Náklady – úhrady nebudou dostatečně pokrývat kompenzaci zrušených regulačních poplatků za hospitalizaci ani navýšení platů.

Varianta 1

Přínosy – jednodušší a transparentnější systém úhrad, za všechny stejné typy ošetrovacích dnů stejná úhrada. Tato varianta již počítá s kompenzací zrušených regulačních poplatků a s navýšením platů.

Náklady – sjednotit úhrady napříč zařízeními z roku na rok by znamenalo skokové snížení úhrady pro některé poskytovatele, především pak pro ty, kteří mají vyšší režijní náklady.

Varianta 2

Přínosy – Varianta počítá s kompenzací zrušených regulačních poplatků a s navýšením platů.

Náklady – nezohledňuje vysoké náklady na zabezpečení personálu odpovídajícímu vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Varianta 3

Přínosy – Varianta počítá s kompenzací zrušených regulačních poplatků a s navýšením platů. Navíc tato varianta částečně zohledňuje změnu v požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb u kategorie pacienta 3 a 4. U těchto kategorií je požadován větší počet personálu na jedno lůžko.

Náklady – varianta nesjednouje úhrady napříč zdravotními pojišťovny a poskytovateli.

Ad 2.6 Všeobecní praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

Varianta 0

Přínosy – úprava je platná již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady – varianta není v souladu s výsledky dohodovacího řízení

Varianta 1

Přínosy - varianta zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení a kompenzuje výpadek regulačního poplatku za ambulantní ošetření.

Náklady – Dohoda není v souladu s veřejným zájmem ani právními předpisy. V případě jejího přijetí hrozí její zrušení a následně situace, kdy nebudou stanoveny hodnoty bodu, výše úhrad a regulační omezení

Varianta 2

Přínosy – varianta maximálně zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení, kompenzuje výpadek regulačního poplatku za ambulantní ošetření. Zároveň je v souladu s právními předpisy (vynecháním ustanovení o zvýšené hodnotě bodu za očkování v případě dodržování metodiky zdravotní pojišťovny) a veřejným zájmem (zvýšení dostupnosti péče praktických lékařů)

Náklady – možné drobné snížení příjmů v případě praktických lékařů, kteří nepřizpůsobí ordinační hodiny novému znění vyhlášky, a sníží se jim kapitační platba z 50 Kč na 49 Kč.

Ad 2.7 Segment ambulantních specialistů a poskytovatelé v odbornostech 903, 905, 919 a 927

Varianta 0

Přínosy – úprava je platná již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady - varianta nereflektuje nové skutečnosti – zrušení poplatků za ambulantní vyšetření, nutnost podpory screeningových programů spoluorganizovaných ministerstvem.

Varianta 1

Přínosy - Varianta zohledňuje společnou vůli poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, kompenzuje výpadek regulačního poplatku za recept a za ambulantní ošetření.

Náklady – varianta nezohledňuje probíhající screeningové akce zaměřené na screening karcinomu tlustého střeva. Započtení 55 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené

hodnotě bodu s sebou ponese finanční náklady pro zdravotní pojišťovny na úrovni cca 0,5 mld. Kč.

Varianta 2

Přínosy – Varianta má veškeré přínosy jako Varianta 1, navíc v ní dochází k vyjmutí výkonů spojených se screeningem karcinomu kolorekta z regulace, což povede ke zkrácení objednacích dob na tato screeningová vyšetření (což je žádoucí mimo jiné s ohledem na právě probíhající zvací akce k preventivnímu vyšetření).

Náklady – Započtení 55 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu s sebou ponese finanční náklady na úrovni cca 0,5 mld. Kč

Ad 2.8 Segment ambulantních gynekologů (odbornost 603 a 604)

Varianta 0

Přínosy – úprava je platná již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady - nereflktuje výsledky Dohodovacího řízení, ani zrušení poplatků za ambulantní vyšetření.

Varianta 1

Přínosy - zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení, kompenzuje výpadek příjmů z regulačních poplatků za ambulantní ošetření.

Náklady - některé části dohody, která vzešla z Dohodovacího řízení, nejsou v souladu s platnými právními předpisy, hrozilo by tedy zrušení vyhlášky a nestanovení hodnot bodu, výše úhrad a regulačních omezení. Tuto variantu tedy není možné aplikovat. Z důvodu zvýšení hodnoty bodu s sebou varianta ponese určité dodatečné finanční náklady.

Varianta 2

Přínosy - zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení, kompenzuje výpadek příjmů z regulačních poplatků za ambulantní ošetření, je v souladu s veřejným zájmem a platnými právními předpisy.

Náklady - z důvodu zvýšení hodnoty bodu s sebou varianta ponese určité dodatečné finanční náklady.

Ad 2.9 Segment laboratorních a radiologických služeb (odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů)

Varianta 0

Přínosy – úprava je platná již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady - nevýhodou vyhlášky ve stávajícím znění je, že nereflktuje společnou vůli poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, byť tato byla formálně vetována zástupci jiného segmentu.

Varianta 1

Přínosy - Vyhláška zohledňuje společnou vůli poskytovatelů a pojišťoven a zároveň nepoškozuje žádný jiný segment, protože pro odbornost 809 a 810 zůstane zachován stávající úhradový mechanismus. Navrhované znění vyhlášky rovněž nebude mít negativní vliv na poskytovatele akutní lůžkové péče, pro něž se z této části vyhlášky použije pouze hodnota bodu, nikoli však vzorec stanovující výslednou úhradu laboratorním odbornostem. Výhrady vůči výpočtu výsledné úhrady byly důvodem, proč zástupci akutní lůžkové péče dohodu laboratorního segmentu vetovali. Předkládané znění vyhlášky zajišťuje, že obavy poskytovatelů akutní lůžkové péče se nenaplní a dohodu laboratoří a zdravotních pojišťoven tedy lze akceptovat.

Náklady - některé části dohody, která vzešla z Dohodovacího řízení, nejsou v souladu s veřejným zájmem nebo nejsou v souladu s platnými právními předpisy. Tato varianta by vedla k nežádoucí diskontinuitě v případě akreditací ISO resp. NASKL, kdy řada poskytovatelů investovala do jejich získání nemalé finanční prostředky.

Varianta 2

Přínosy - Vyhláška zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení, je v souladu s veřejným zájmem a platnými právními předpisy. Tato varianta zachovává bonifikaci za vlastnictví certifikátu ISO resp. NASKL.

Náklady - tato varianta nezahrnuje žádné významné náklady, poskytovatelé se budou muset pouze přizpůsobit výše zmíněným změnám.

2.10 Segment poskytovatelů ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů

Varianta 0

Přínosy – Znění stávající úhradové vyhlášky je mírně prorůstové a z roku na rok se nemění. Segmentu domácí péče tak poskytuje stabilitu a prostor pro přiměřený růst.

Náklady – Vzhledem k tomu, že hodnota bodu se u tohoto segmentu snižuje až při překročení 105 % referenční produkce, dochází zde k plynulému růstu výdajů na tento segment.

2.11 Segment poskytovatelů ambulantní péče v odbornosti 902 a 917 podle seznamu výkonů

Varianta 0

Přínosy – Znění stávající úhradové vyhlášky je mírně prorůstové a z roku na rok se nemění. Poskytuje tak poskytovatelům kontinuitu a stabilitu.

Náklady – Varianta nemá žádné podstatné náklady.

Ad 2.12 Segment poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, přepravy pacientů neodkladné péče, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství

Varianta 0

Přínosy - úprava je platná již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady - nevýhodou vyhlášky ve stávajícím znění je, že nereflexuje nové skutečnosti a připomínky poskytovatelů a pojišťoven ke stávající vyhlášce. Vyhláška ve znění roku 2014 by dále nereflektovala výsledky Dohodovacího řízení.

Varianta 1

Přínosy - Vyhláška zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení. V kombinaci s novelou Seznamu zdravotních výkonů, která bude platit od 1. 1. 2015, umožňuje poskytovatelům zdravotnické záchranné služby dostatečný nárůst úhrad, který pokryje navýšení tarifních platů o 5 %. Tato varianta je rovněž motivující pro poskytovatele poskytující zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu, neboť jim bude poskytována větší úhrada za lepší dostupnost.

Náklady – tato varianta je spojená s růstem výdajů na segment zdravotnické záchranné služby i zdravotnické dopravní služby, které přesáhnou 100 milionů Kč.

Ad 2.13 Segment poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdraven

Varianta 0

Přínosy - úprava je platná již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady - nevýhodou vyhlášky ve stávajícím znění je, že nereflexuje nové skutečnosti a připomínky poskytovatelů a pojišťoven ke stávající vyhlášce. Vyhláška ve znění roku 2014 by dále nereflektovala výsledky Dohodovacího řízení. Rovněž je tato varianta spojená s vyššími výdaji do segmentu lázní, neboť její znění v roce 2014 mělo za cíl významně zvýšit příjmy těchto poskytovatelů způsobené tehdy platným tzv. indikačním seznamem pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

Varianta 1

Přínosy – Vyhláška zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení a již reaguje na významné nárůsty počtu pacientů i ošetřovacích dní v lázeňské péči (způsobené opětovným rozvolněním indikačního seznamu).

Náklady – tato varianta nezahrnuje žádné významné náklady.

Ad 2.14 Segment poskytovatelů v oboru zubní lékařství

Varianta 0

Přínosy – úprava je platná již v roce 2014, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Náklady - nereflexuje nové skutečnosti a připomínky poskytovatelů a pojišťoven ke stávající vyhlášce.

Varianta 1

Přínosy - zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení, kompenzuje výpadek regulačního poplatku za ambulantní ošetření. Změna výkonu 00968 podpoří vznik sítě ambulantních stomatologických pracovišť, která budou připravena kdykoli poskytnout neodkladnou stomatochirurgickou péči pacientům praktických zubních lékařů.

Náklady – některá ustanovení této varianty nejsou v souladu s právními předpisy. Tato varianta je spojena s mírným nárůstem výdajů do tohoto segmentu.

Varianta 2

Přínosy - zohledňuje výsledky Dohodovacího řízení, kompenzuje výpadek regulačního poplatku za ambulantní ošetření. Změna výkonu č 00968 podpoří vznik sítě ambulantních stomatologických pracovišť, která budou připravena kdykoli poskytnout neodkladnou stomatochirurgickou péči pacientům praktických zubních lékařů.

Náklady – je spojena s mírným nárůstem výdajů do tohoto segmentu.

4 Návrh řešení

4.1 Stanovení pořadí variant a výběr nejvhodnějšího řešení

Výběr nejvhodnější varianty bude proveden ve stejném členění jako představení variant a popis jejich přínosů a nákladů.

Ad 2.1 Segment akutní lůžkové péče, individuálně smluvně sjednaná složka úhrady

	Varianta 0	Varianta 1
Efektivita vynakládání prostředků v.z.p.	0	1
Složitost implementace varianty	1	1
Soulad s veřejným zájmem	1	1
Soulad s právními předpisy	1	1
Celkem	3	4

Zvolené řešení: Varianta 1

Ad 2.2 Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady - „centrové léky“

	Varianta 0	Varianta 1
Zajištění dostupnosti péče	0	1
Složitost implementace varianty	1	1
Soulad s veřejným zájmem	1	1
Soulad s právními předpisy	1	1
Celkem	3	4

Zvolené řešení: Varianta 1

Ad 2.3 Individuální paušální úhrada

	Varianta 0	Varianta 1	Varianta 2	Varianta 3
Úhrada alespoň 103 % pro poskytovatele, jimž mezi lety 2014/2013 nevzrostla úhrada o více než 107 % ¹⁾	0,73	0,33	1	0,8
Varianta sblíží základní sazby mezi pojišťovnami oproti roku 2014 ²⁾	1	0	0	0
Počet pojišťoven se záporným saldem roku 2015 ³⁾	0,43	0,71	0,43	0,43
Celkem	2,16	1,04	1,43	1,23

Zvolené řešení: Varianta 0

- 1) převrácená hodnota poměru počtu poskytovatelů nesplňujících uvedené kritérium a počtu poskytovatelů nesplňujících toto kritérium ve Variantě 2
- 2) 1 = varianta sblíží základní sazby oproti roku 2014; 0 = varianta nesblíží základní sazby oproti roku 2014)
- 3) počet pojišťoven s kladným saldem / celkový počet pojišťoven

Ad 2.4 Ambulantní složka úhrady v nemocnicích

	Varianta 0	Varianta 1
Zjednodušení sledování limitů produkce	0	1
Složitost implementace varianty	1	0,5
Soulad s veřejným zájmem	1	1
Soulad s právními předpisy	1	1
Celkem	3	3,5

Zvolené řešení: Varianta 1

Ad 2.5 Segment následné, dlouhodobé a zvláštní lůžkové péče

	Varianta 0	Varianta 1	Varianta 2	Varianta 3
Rovnost podmínek mezi pojišťovnami	0	1	0	0
Zohlednění všech oprávněných nákladů poskytovatelů	0	0	0	1
Riziko ohrožení poskytovatelů (skokovým snížením úhrady)	1	0	1	1
Kompenzace regulačních poplatků	0	1	1	1
Zvýšení příjmů pokrývajících nárůst platů	0	1	1	1

Celkem	1	3	3	4
---------------	----------	----------	----------	----------

Zvolené řešení: Varianta 3

Ad 2.6 Všeobecní praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

	Varianta 0	Varianta 1	Varianta 2
Reflektování Dohodovacího řízení	0	1	0,5
Složitost implementace varianty	1	1	1
Soulad s veřejným zájmem	1	0	1
Soulad s právními předpisy	1	0	1
Celkem	3	2	3,5

Zvolené řešení: Varianta 2

Ad 2.7 Segment ambulantních specialistů a poskytovatelé v odbornostech 903, 905, 919 a 927

	Varianta 0	Varianta 1	Varianta 2
Reflektování Dohodovacího řízení	0	1	0,5
Složitost implementace varianty	1	1	1
Soulad s veřejným zájmem	1	0	1
Soulad s právními předpisy	1	1	1
Celkem	3	3	3,5

Zvolené řešení: Varianta 2

Ad 2.8 Segment ambulantních gynekologů (odbornost 603 a 604)

	Varianta 0	Varianta 1	Varianta 2
Reflektování Dohodovacího řízení	0	1	0,5
Složitost implementace varianty	1	1	1
Soulad s veřejným zájmem	1	1	1
Soulad s právními předpisy	1	0	1
Celkem	3	3	3,5

Zvolené řešení: Varianta 2

Ad 2.9 Segment laboratorních a radiologických služeb (odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů)

	Varianta 0	Varianta 1	Varianta 2
Reflektování Dohodovacího řízení	0	1	0,5
Složitost implementace varianty	1	1	1

Soulad s veřejným zájmem	1	0	1
Soulad s právními předpisy	1	0	1
Celkem	3	2	3,5

Zvolené řešení: Varianta 2

Ad 2.10 Segment poskytovatelů ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů

V tomto segmentu ministerstvo nezvažuje jinou variantu, než je varianta 0.

Ad 2.11 Segment poskytovatelů ambulantní péče v odbornosti 902 a 917 podle seznamu výkonů

V tomto segmentu ministerstvo nezvažuje jinou variantu, než je varianta 0.

Ad 2.12 Segment poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, přepravy pacientů neodkladné péče, zdravotnické dopravní služby, lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství

	Varianta 0	Varianta 1
Reflektování Dohodovacího řízení	0	1
Složitost implementace varianty	1	1
Soulad s veřejným zájmem	0	1
Soulad s právními předpisy	1	1
Celkem	2	4

Zvolené řešení: Varianta 1

Ad 2.13 Segment poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a ozdravoven

	Varianta 0	Varianta 1
Reflektování Dohodovacího řízení	0	1
Složitost implementace varianty	1	1
Soulad s veřejným zájmem	0	1
Soulad s právními předpisy	1	1
Celkem	2	4

Zvolené řešení: Varianta 1

Ad 2.14 Segment poskytovatelů v oboru zubní lékařství

	Varianta 0	Varianta 1	Varianta 2

Reflektování Dohodovacího řízení	0	1	0,5
Složitost implementace varianty	1	1	1
Soulad s veřejným zájmem	0	1	1
Soulad s právními předpisy	1	0	1
Celkem	2	3	3,5

Zvolené řešení: Varianta 2

5 Implementace doporučené varianty a vynuovení

Za implementaci regulace budou odpovídat zdravotní pojišťovny, jako subjekty provádějící v ČR veřejné zdravotní pojištění. V daném případě půjde o činnosti, které jsou zdravotními pojišťovnami již prováděny. Přezkum účinnosti navržených legislativních opatření provádí Ministerstvo zdravotnictví v rámci své kontrolní činnosti, v součinnosti s Ministerstvem financí, popř. prostřednictvím zástupců státu ve statutárních orgánech zdravotních pojišťoven.

6 Přezkum účinnosti regulace

Správnost uplatňování navržené právní úpravy nebude – a z definice nemůže být – průběžně sledována. Vyhláška, jejíž návrh je předkládán dle zmocnění zákona č. 48/1997 Sb., se použije jen a pouze v tom případě, pokud se příslušný poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna, za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny, nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Jakékoliv její neuplatňování v praxi je tudíž výsledkem předpokladu cíleně vytvořeným zákonem. Bude se však sledovat, jaký vliv má daná regulace na systém a jednotlivé dotčené subjekty.

7 Konzultace a zdroje dat

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení podle § 17 odst. 5 zákona mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů. Z jednání tohoto dohodovacího řízení vyplynuly představy jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven o řešení dané problematiky, které ministerstvo posoudilo z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a navrhlo řešení. Vyhláška proto v mnohém reflektuje připomínky poskytovatelů ohledně technických detailů úhrad, které dále precizuje.

Ministerstvo zdravotnictví si průběžně vytváří modelace příjmů celého systému veřejného zdravotního pojištění na základě údajů Ministerstva financí, dále získává čtvrtletně informace o hospodaření zdravotních pojišťoven. Dalším tradičním podkladem jsou údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Stejně jako vloni, byly tento rok zdravotní pojišťovny vyzvány k poskytnutí údajů o objemu a struktuře úhrad poskytovatelům lůžkové péče podle jednotné metodiky. Kromě dat zaslaných přímo zdravotními pojišťovnami byly provedeny modelace i na datovém souboru

(tzv. datamartu), se kterým pracuje Národní referenční centrum při výpočtu relativních vah a při kultivaci DRG. Tyto údaje byly analyzovány s informacemi o technických aspektech úhrady pomocí případového paušálu. Při modelaci úhrad pomocí případového paušálu Ministerstvo zdravotnictví požádalo o spolupráci všechny poskytovatele akutní lůžkové péče.

8 Kontakt na zpracovatele RIA

Osoba, která zpracovala závěrečnou zprávu RIA:

Ing. et Ing. Lenka Poliaková, vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění (lenka.poliakova@mzcr.cz)

Mgr. Tomáš Troch, referent oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění (tomas.troch@mzcr.cz)

Bc. Pavlína Žilová, referentka oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění (pavlina.zilova@mzcr.cz)

Ing. Hana Kovaříková, referentka oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění (hana.kovarikova@mzcr.cz)

Osoba, která zprávu schválila:

Ing. Helena Rögnerová, ředitelka odboru dohledu nad zdravotním pojištěním

B. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY SE ZÁKONEM, S MEZINÁRODNÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EVROPSKÉ UNIE

1. SOULAD SE ZÁKONEM, K JEHOŽ PROVEDENÍ JE NAVRŽENA, VČETNĚ SOULADU SE ZÁKONNÝM ZMOCNĚNÍM K JEJÍMU VYDÁNÍ

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, k jehož provedení je navržena, a se zákonným zmocněním k jejímu vydání (§ 17 odst. 5). Předkládaný návrh novely vyhlášky je plně v souladu s ústavním pořádkem ČR.

2. SOULAD S MEZINÁRODNÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EU

Navrhovaná právní úprava není v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána. Obsah předkládaného návrhu není předmětem žádné mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána. Návrhem vyhlášky není do právního řádu České republiky implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

C. PŘEDPOKLÁDANÝ HOSPODÁŘSKÝ A FINANČNÍ DOPAD NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

Navrhovaná právní úprava bude mít finanční dopady na výši zůstatků základních fondů zdravotních pojišťoven. Vzhledem k závazku vlády kompenzovat výpadek regulačních poplatků a pokrýt zvýšené náklady těm poskytovatelům, kteří budou v roce 2015 zvyšovat platy zdravotnickým pracovníkům, je pravděpodobné, že konečné zůstatky na základních fondech zdravotních pojišťoven budou na úrovni zůstatků na konci roku 2014, a to přesto, že

disponibilní zdroje pro úhradu zdravotní péče oproti roku 2014 vzrostou o 9 miliard Kč. Celkový dopad však není možné exaktně vyčíslit, především z toho důvodu, že vyhláška je pro poskytovatele a plátce vodítkem jen v případě neshody - úhrady podléhají smluvním dohodám, které není možno předvídat.

E. ZHODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU A DOPADŮ NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ VE VZTAHU K ZÁKAZU DISKRIMINACE

V souvislosti s předloženým návrhem se nepředpokládají dopady v oblasti zákazu diskriminace.

F. DOPAD NA ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ A SOCIÁLNÍ DOPADY NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

Navrhovaná novela nebude mít dopad na životní prostředí ani sociální dopady.

G. ZHODNOCENÍ DOPADŮ NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ VE VZTAHU K OCHRANĚ SOUKROMÍ A OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Návrh neupravuje oblast ochrany soukromí a nakládání s osobními údaji. Navrhované změny se nijak nedotknou ochrany osobních údajů dotčených subjektů. Nijak dotčeny nejsou ani děti do 18 let, které jsou při poskytování zdravotních služeb povinny se prokazovat (samy nebo prostřednictvím zákonného zástupce) průkazem pojištěnce, jak vyplývá z obecné úpravy v ustanovení § 12 písm. h) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

H. ZHODNOCENÍ KORUPČNÍCH RIZIK NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ

Nepředpokládá se zvýšení korupčních rizik, neboť navrhovaná právní úprava do této oblasti nezasahuje.

II. ZVLÁŠTNÍ ČÁST

Předkládaný návrh vyhlášky stanoví hodnotu bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro jednotlivé segmenty v tomto členění:

Ve vyhlášce se objevuje několik principů, které se uplatňují ve všech relevantních částech vyhlášky. Pro přehlednost je uvádíme zvlášť, abychom předešli nutnosti je opakovat pro každý segment znovu.

Podmínka pro uplatnění regulačních omezení

U všech segmentů, u nichž se uplatňují regulační omezení ve vztahu k referenčnímu období, je dána zdravotní pojišťovně podmínka, při jejímž nesplnění nesmí zdravotní pojišťovna regulační omezení uplatnit. Touto podmínkou je, že zdravotní pojišťovna do 30. 4. 2014 sdělí poskytovateli výši všech uvedených referenčních hodnot. Obvykle se jedná o referenční hodnoty, které vstupují do výpočtu regulačních omezení. Toto ustanovení není pouze u těch segmentů, které se v rámci dohody z Dohodovacího řízení rozhodly tuto povinnost pojišťovněm neukládat.

Regulační omezení

Pro většinu odborností je dán limit na úhradu preskripce léčivých přípravků a zdravotních prostředků, na úhradu vyžádané péče, a na úhradu zvlášť účtovaných položek. Tento limit je dán průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období. Při překročení definovaného limitu uplatní pojišťovna regulační omezení až do určité maximální výše (obvykle do výše 40% z tohoto překročení). Výše regulačního omezení je přesně dána, a to progresivně ve vztahu k míře překročení. Za každé započaté 0,5 % překročení sníží pojišťovna poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období. U omezení výše úhrady za předepsané léčivé přípravky je zvýšen limit pro regulaci u těch poskytovatelů, kteří vystaví alespoň polovinu receptů elektronicky.

Pro přesnost uvádíme hypotetický příklad výpočtu regulačního omezení: V referenčním období činila průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky 1000 Kč na jednoho unikátního pojištěnce při celkovém počtu 100 unikátních pojištěnců. V hodnoceném období činí průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky 1050 Kč na jednoho unikátního pojištěnce při celkovém počtu 100 unikátních pojištěnců. Míra překročení činí 5%. Pojišťovna uplatní regulační omezení ve výši $25 \% z 50Kč * 100 = 12 500 Kč$.

Kompenzace zrušeného regulačního poplatku 30 Kč za klinické vyšetření (ambulantní péče)

Kompenzace poplatku je řešena zřízením signálního výkonu v seznamu výkonů. Za každý tento vykázaný výkon v hodnoceném období náleží poskytovateli úhrada ve výši 30 Kč, a to až do výše objemu vybraných (a vykázaných) regulačních poplatků tohoto typu v roce 2013.

Kompenzace zrušeného regulačního poplatku 100 Kč za každý den ústavní péče

Kompenzace poplatku je v akutní lůžkové péči řešena zavedením signálního výkonu v seznamu výkonů – analogicky s výkonem na kompenzaci 30 Kč poplatku. V lázeňské péči, v následné a dlouhodobé lůžkové péči je kompenzace poplatků promítnuta přímo do zvýšené úhrady za ošetřovací den.

Kompenzace zrušeného poplatku za výdej léčivého přípravku na recept

Analogicky s výše uvedenými je v seznamu výkonů zaveden signální výkon výdeje léčivého přípravku na recept. Za každý tento výkon náleží poskytovateli lékařské péče úhrada 12 Kč. Tento výkon může zdravotní pojišťovně vykázat nejvýše tolikrát, kolik receptů přijal v referenčním období od jejích pojištěnců.

K § 1

Definuje se okruh poskytovatelů, pro něž se vyhláškou stanoví hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení. K poskytovatelům se oproti stávající úhradové vyhlášce přidává poskytovatel lékařské péče.

K § 2

Definují se základní pojmy.

Referenčním obdobím se pro účely příloh č. 1 a 3 až 8 vyhlášky rozumí rok 2013. Rok 2013 se stanoví z toho důvodu, že je to nejméně vzdálené období v minulosti, za něž proběhlo vykázání a vyúčtování poskytnutých hrazených služeb. Hodnoceným obdobím se pro tytéž přílohy rozumí rok 2015.

Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to zvláště v každé odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu unikátních pojištěnců zahrne dvakrát).

Globálním unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený poskytovatelem alespoň jednou, a to v libovolné odbornosti (jeden pacient ošetřený ve dvou odbornostech stejného poskytovatele se do počtu globálních unikátních pojištěnců zahrne jednou).

Produkce referenčního období se přepočte podle Seznamu zdravotních výkonů platného k 1. lednu 2015.

K § 3

Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům je úhrada stanovena ve stejné výši, jako pro české pojištěnce ve smyslu § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. Toto ustanovení vychází z Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění, podle něhož musí být při poskytování hrazených služeb zahraničním pojištěncům stanoveny stejné podmínky, jako tuzemským pojištěncům.

K § 4 a příloze č. 1

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, následně lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče.

K § 4 a příloze č. 1, písmenu A, bodu 2

Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady sestává z tzv. „balíčků“ a z úhrady tzv. „centrových léků“.

K bodu 2.1 - balíčky

Oproti roku 2014 se oblast balíčků rozšiřuje o oblast koronárních stentů. O výši úhrady a případně o počtu zákroků se dohodne poskytovatel a zdravotní pojišťovna individuálně. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě do 30. dubna 2015, stanoví vyhláška, že zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli za každého léčeného pojištěnce úhradu ve výši průměrné úhrady na jednoho pojištěnce v roce 2014. Maximální počet pojištěnců, který je pojišťovna poskytovateli povinna uhradit, se vypočte jako 85 % počtu pojištěnců léčených daným poskytovatelem v dané skupině v roce 2014. Datum 30. 4. 2014 je ve vyhlášce uvedeno s cílem dát poskytovateli dostatek času, aby se přizpůsobil případné nedohodě se zdravotní pojišťovnou a mohl plánovat poskytování hrazených služeb pojištěncům dané pojišťovny tak, aby nepřekročil maximální úhradu, kterou je mu pojišťovna povinna poskytnout. Ve vyhlášce zůstává povinnost pojišťovny v rámci celé své smluvní sítě uhradit „balíčky“ alespoň ve výši 85 % úhrady roku 2014.

K bodu 2.2 - „centrové léky“

Centrovými léky se rozumí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely označené symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění. Oproti roku 2014 se výše úhrad za centrové léky nemění, pouze se zavádí výkonová úhrada pro onemocnění s nízkým počtem pacientů a těžko predikovatelnými náklady, jako je např. HIV/AIDS.

K § 4 a příloze č. 1, písmenu A, bodu 3

Úhrada za akutní lůžkovou péči bude v roce 2015 opět opřena o klasifikaci DRG (Diagnose Related Groups). To pro poskytovatele znamená, že úhrada bude realizována formou případového paušálu za každý konkrétní případ.

Pro stanovení úhrady poskytovateli v roce 2015 nadále platí, že každý poskytovatel je v oblasti akutní lůžkové péče placen za svou produkci. Výpočet úhrady bude probíhat v několika krocích. Prvně se pro každého poskytovatele a zdravotní pojišťovnu stanoví, jaká bude maximální úhrada v roce 2015. Tato maximální úhrada se stanoví na základě produkce v referenčním období a poskytovatel dosáhne její plné výše či části v závislosti na své produkci v období hodnoceném.

Maximální úhrada je ve vyhlášce stanovena jako „individuální paušální úhrada, IPU“. Ta se stanoví následujícím způsobem: Poskytovatel si spočítá, jaká byla jeho produkce v referenčním období. Pro vypočtení produkce použije pravidla platná v roce 2013 (tj. grouper, metodiku sestavení případu atd. verze 010.) a relativní váhy platné pro rok 2013 (uvedené v

příloze č. 10 vyhlášky). Každý jednotlivý vážený případ se poté vynásobí koeficientem specializace KSp (uvedeným taktéž v příloze č. 10 vyhlášky). Takto získaná hodnota měřící objem produkce a její náročnost se vynásobí technickou základní sazbou (stanovenou na 28 600 Kč) a váženým koeficientem přechodu pojištěnců. Tato referenční úhrada se navíc pro účely výpočtu úhrady v hodnoceném období navýší o (bodově ohodnocenou, vynásobenou hodnotami bodu v referenčním období) vyžádanou extramurální péči v referenčním období a o ZÚMy a ZÚLPy uhrazené v rámci vyžádané extramurální péče.

Výše uvedeným postupem je ohodnoceno, kolik by podle nových pravidel měla zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradit v roce 2015 v návaznosti na jeho produkci v roce referenčním. Výsledná hodnota je následně ještě korigována v tom smyslu, že zabraňuje, aby se některá nemocnice dostala do přílišného propadu či naopak přílišného nárůstu příjmů. Jako dolní mez propadu je stanoveno 102 % referenční úhrady násobené koeficientem přechodu pojištěnců (jelikož má-li pojišťovna méně pojištěnců, je pokles objektivně odůvodnitelný a naopak) a horní mez je stanovena na 145 % referenční úhrady.

Ve dvou výše uvedených odstavcích je stanoven postup výpočtu maximální možné úhrady od konkrétní zdravotní pojišťovny konkrétnímu poskytovateli. Poskytovatel ovšem v rámci své produkce v roce 2015 nemusí na tuto úhradu dosáhnout. Jeho produkce v roce 2015 bude stejně jako v roce 2014 měřena takzvaným redukováným casemixem. Ten se v případě, že poskytovatel se nevychyluje z referenční struktury produkce, rovná celkovému vyprodukovanému casemixu roku 2015 (tedy součtu počtu případů vážených relativními vahami dle jejich nákladové náročnosti podle přílohy č. 10 vyhlášky). Výpočet ovšem zahrnuje ochranu proti účelovému chování poskytovatele (výběru pouze „lukrativních“ případů a odmítání méně výhodných či dokonce přímo účelovému kódování (upcodingu)). Pravidlo je stanoveno tak, že pokud se průměrná obtížnost případu (měřená jako celkový casemix dělený počtem případů) v roce 2015 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 5 %, dostane se poskytovatel do pásma plynulé degrese, kdy jeho casemix je redukován takzvanou Cobbovou-Douglasovou funkcí. Ta má takový efekt, že při vychýlení od požadovaného průměru směrem nahoru je pro poskytovatele výhodnější z hlediska zvýšení úhrady léčit méně lukrativní pacienty a méně výhodné léčit dál pouze lukrativní pacienty (s vysokou hodnotou casemixu vůči reálným nákladům). Mechanismus tak funguje především jako ochrana pacienta před nezákonným odmítáním z důvodu, že pro nemocnici není finančně dostatečně zajímavý.

V momentě, kdy nemocnice má spočítanou maximální úhradu a zná svůj aktuální redukováný casemix, je schopna přistoupit k výpočtu samotné celkové úhrady za rok 2015. Ta je stanovena tím způsobem, že pokud se produkce měřená redukováným casemixem v roce 2015 rovná alespoň 104 % produkce referenčního období (měřené redukováným casemixem roku 2013 a zvýšené či snížené koeficientem přechodu pojištěnců), obdrží od zdravotní pojišťovny plnou výši individuální paušální úhrady. Dosáhne-li nemocnice poměrně nižší úrovně produkce, bude její individuální paušální úhrada ve shodné proporcí snížena. Závěrem se od celkové úhrady odečítají náklady za péči vyžádanou u jiných poskytovatelů, jelikož nemocnice dostává za hospitalizovaného pacienta prostředky na jeho vyléčení formou případového paušálu a pokud si takto péči vyžádá, zdravotní pojišťovna ji musí uhradit u toho

poskytovatele, kde byla vyžádána, a hradila by ji de facto dvakrát. Důvodem, proč se produkce hodnoceného období srovnává s redukováným casemixem roku 2013 je skutečnost, že rok 2013 by restriktivní a někteří poskytovatelé byli schopni omezit svou produkci tak, aby optimalizovali své náklady. Jiní poskytovatelé, a to především pracoviště vyššího typu, kteří si podobné chování nemohou dovolit, pak měli produkci srovnatelnou s jinými lety, kterou ovšem nedostali zaplacenou. Pokud bychom poměřovali produkci hodnoceného období se skutečnou produkcí referenčního období, ti poskytovatelé, kteří v roce 2013 léčili více pacientů, aniž by je dostali zaplacenou, by i v roce 2015 museli vyléčit více pacientů, aby dosáhli plné paušální úhrady. Tím, že se produkce poměří s redukováným casemixem referenčního období se tato diskrepance minimalizuje. Nad rámec výše popsaného postupu může zdravotní pojišťovna IPU poskytovateli navýšit, pokud poskytovatel v průběhu celého hodnoceného období splňuje standardy podle vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

Ke koeficientům specializace

Jelikož aktuální stav relativních vah neumožňuje plně zohlednit klinickou náročnost některých případů, dochází ke korekci takzvanými koeficienty specializace (Ksp). Jednotlivé DRG baze byly rozděleny do tří skupin dle specializace a závažnosti. Jednotlivé DRG baze budou v rámci každé z těchto tří kategorií ohodnoceny úplně stejnou hodnotou pro každou nemocnici v České republice bez ohledu na to, které zdravotní pojišťovně byly vykázány. Tímto ministerstvo pokračuje ve sbližování základních sazeb mezi zdravotními pojišťovnami. Vzhledem k nastavení risk-koridorů však nedochází k významnému sbližování základních sazeb mezi nemocnicemi, což ovšem nelze považovat za negativní. Vzhledem k výše popsaným nedostatkům relativních vah to v tuto chvíli není žádoucí.

Avšak vzhledem k tomu, že koeficienty specializace nejsou veřejností dobře přijímány (a často ani dobře chápány), pokusilo se ministerstvo jejich vliv pro rok 2015 významně potlačit, byť ne zcela eliminovat. Proto v roce 2015 existují pouze dva koeficienty specializace, které navíc nabývají pouze hodnoty 1,13 a 2,43.

Ke koeficientům přechodu pojištěnců (Kpp)

Pro účely výpočtu vážených koeficientů přechodu pojištěnců byli vzati za referenční rok všichni tehdejší pojištěnci, roztríděni do pětiletých věkových skupin a dle pohlaví a ke každému jednotlivci byly dle tehdy platné úhradové vyhlášky vypočteny skrze hodnoty bodu náklady v různých segmentech zdravotních služeb (na základě údaje o počtu bodů dle segmentů pro každého jednotlivce). Z takto oceněných nákladů celé populace byly vypočteny průměrné náklady v různých segmentech dle skupin podle pohlaví a věku. Z těchto průměrných nákladů byly následně stanoveny indexy tak, že nejlevnější skupina byla normována na hodnotu 1 a ostatním se stanovil takový index, kolikanásobně byly průměrné náklady té které skupiny vyšší.

Následně byly vzaty počty pojištěnců k 1. 1. 2013 a 1. 1. 2015 z registru pojištěnců. Tito pojištěnci byli roztríděni dle věku, pohlaví a regionu (kraje). Každý pojištěnec byl vynásoben nákladovým indexem dle jeho pohlaví a věku. Tím se spočte počet standardizovaných pojištěnců v jednotlivých krajích pro každou pojišťovnu k 1. 1. 2013 a 1. 1. 2015. Podílem

těchto čísel vznikly indexy s tím, že pokud absolutní počet pojištěnců v kraji k 1. 1. 2015 činil méně než 0,5 % celkového počtu pojištěnců v kraji, index přechodu se stanovil na 1,00.

K § 4 a příloze č. 1, písmenu A. bodu 5

Úhrada ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) bude stanovena podle analogických pravidel jako v segmentu ambulantních specialistů. Oproti roku 2014 budou nemocniční ambulance hrazeny pouze nesníženou hodnotou bodu. Důvodem je, že počítat aktuální hodnotu bodu pro každou odbornost a pro každou zdravotní pojišťovnu zvláště, je nesmyslně složité. V nemocničních ambulancích nehrozí nekontrolovatelný nárůst výdajů pro pojišťovny, neboť v nemocničních ambulancích se uplatňuje horní risk-koridor, který stanoví maximální strop ambulantní úhrady (což v soukromých ambulancích mimo nemocnice není).

K § 4 a příloze č. 1, písmenu B

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka) bude v roce 2015 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace, a to ve výši 107 % této sazby v roce 2014. Toto navýšení má za cíl kompenzovat výpadek regulačních poplatků za každý den hospitalizace a rovněž alokovat poskytovatelům dostatečné finanční prostředky pro pokrytí nárůstu platů. Ošetrovací den 00022 a 00027 bude pro kategorie pacienta 3 a 4 hrazen ve výši 110 % paušální sazby roku 2014, čímž se částečně zohlední vyšší personální nároky na poskytovatele, které na ně klade vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Hodnota bodu pro úhradu ambulantní a zvláštní ambulantní péče je stejná jako v roce 2014.

K § 5 a příloze č. 2

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost se mění výše nejvyšší kapitační platby a podmínky jejího dosažení. Tato platba je pro rok 2015 stanovena na 52 Kč a poskytovatel jí dosáhne, má-li alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin.

Znění vyhlášky pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost vychází z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení. Výsledkem dohodovacího řízení je mj. přísnější regulace na předepisování pomůcek pro inkontinentní.

K § 6 a příloze č. 3

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, včetně poskytovatelů hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů.

Oproti roku 2014 se při výpočtu referenčního objemu bodů na jednoho unikátního pojištěnce mezi tyto body započte 55 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu. Rovněž se zvyšuje hodnota bodu a fixní složka úhrady o 1 haléř.

Oproti roku 2014 se rozsah výkonů hrazených mimo regulační omezení rozšiřuje na všechny výkony odbornosti gastroenterologie, které se vykazují v souvislosti se screeningem kolorektálního karcinomu.

K § 7 a příloze č. 4

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů. Toto ustanovení vychází z dohodovacího řízení.

Dochází ke zvýšení hodnoty bodu o 1 haléř. Maximální úhrada na jednoho unikátního pojištěnce je omezena průměrnou úhradou v referenčním období.

K § 8 a příloze č. 11

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství. V příloze č. 11 je seznam výkonů poskytovatelů v oboru zubního lékařství s cenami těchto výkonů. Dochází k úpravě popisu u sedmi výkonů a ke změně úhrady u dvou výkonů. Změny vycházejí z dohody uzavřené během Dohodovacího řízení.

K § 9 a příloze č. 5

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech (tj. v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů).

Ministerstvo zachovává stávající způsob bonifikace poskytovatelů, kteří prokážou, že jsou držiteli osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL.

U všech odborností mimo 809 a 810 dochází ke změně úhradového mechanismu v souladu s dohodou z Dohodovacího řízení. Nově není úhrada na jednoho unikátního pojištěnce omezena průměrným počtem bodů z referenčního období, ale průměrnou úhradou (včetně zvlášť účtovaných položek) na jednoho unikátního pojištěnce.

K § 10 a příloze č. 6

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů.

V segmentu domácí ošetrovatelské péče, tedy pro odbornosti 925, 911, 914, 916 a 921 podle seznamu zdravotních výkonů, nedochází oproti roku 2013 k žádným změnám. Objem bodů hrazených v maximální hodnotě bodu na jednoho unikátního pojištěnce zůstává na úrovni 105 % referenčního období. Zamýšlený 105% růst reflektuje názor ministerstva, že rozvoj domácí ošetrovatelské péče je třeba podpořit vyšší možností růstu. Zároveň tento růst klade

jen minimální nárok na systém veřejného zdravotního pojištění, jelikož se jedná o velmi malý segment.

K § 11 a příloze č. 7

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů. V segmentu odborností 902 a 917 podle seznamu zdravotních výkonů nedochází oproti roku 2014 k žádné změně.

K § 12

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče. Hodnota bodu se zvyšuje na 1,11 Kč v případě jízdy vozů ZZS. V případě jízdy PPNP či sekundárních převozů zůstává na úrovni 1,10 Kč. Toto ustanovení vychází z dohody uzavřené v rámci Dohodovacího řízení.

K § 13 a příloze č. 8

Stanoví se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby.

V segmentu zdravotnické dopravní služby dochází ke zvýšení hodnoty bodu u poskytovatele poskytujícího zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu, naopak se snižuje u poskytovatelů fungujících v přetržitém provozu.

K § 14

Stanoví se hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství, ve výši 0,95 Kč.

K § 15

Stanoví se výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, péče v ozdravovnách. Znění reflektuje dohodu z Dohodovacího řízení.

Úhrada u komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče pro dospělé zůstane na úrovni roku 2014, pro děti se zvýší o 100 Kč. Pokud úhrada pro dospělé nebyla v roce 2014 sjednána, stanoví se ve výši 1050 Kč za jeden den pobytu, pro děti na úrovni 1350 Kč za jeden den pobytu.

V případě příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče došlo dle intencí dohody k vypuštění navýšení úhrad za jeden den pobytu o 100 Kč u dospělých a o 200 Kč u dětí a dorostu oproti úhradě sjednané k 31. 12. 2013.

Poskytovatelům příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče přísluší úhrada 30 Kč za vykázaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů, který může být pojišťovně vykázán maximálně 3 x za dobu léčení pojištěnce.

Pro hrazené služby poskytované v ozdravovnách zůstává úhrada na úrovni roku 2014; pokud nebyla úhrada v roce 2014 stanovena, stanoví se ve výši 740 Kč za jeden den pobytu.

K § 16

Stanoví se úhrada ve výši 30 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon klinického vyšetření. Úhrada poskytovateli za tento výkon nepřekročí objem vybraných regulačních poplatků tohoto typu v roce 2013. Tato úhrada se nezapočítává do žádného omezení, jako jsou risk-koridory, maximální výše úhrad atd.

K § 17

Stanoví se úhrada ve výši 12 Kč za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný signální výkon výdeje léčivého přípravku na recept (edukace pacienta a související administrace). Tento výkon může poskytovatel lékárenské péče vykázořit pojišťovně maximálně tolikrát, kolik receptů na léčivé přípravky hrazené z veřejného zdravotního pojištění přijal od jejich pojištěnců v roce 2013.

K § 18

V souladu se zmocněním se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad a regulačních omezení na celý kalendářní rok, a proto se nabytí účinnosti této vyhlášky stanoví k 1. lednu 2015.