

Správné vykazování výkonů a finanční vyúčtování dle vyhlášky pro rok 2017

Ing. Ivana Jenšovská
**Poradenská, konzultační a lektorská činnost ve
zdravotnictví**

Správné vykázování výkonů

Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí právnická nebo fyzická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Zdravotnickým zařízením se rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb.

Ošetřujícím lékařem je:

- a) lékař registrujícího poskytovatele (praktik, zubař, gynekolog)
- b) lékař poskytovatele specializované ambulantní péče
- c) lékař poskytovatele jednodenní péče nebo
- d) lékař se specializovanou způsobilostí poskytovatele lůžkové péče.

Správné vykazování výkonů

Základní diagnózauvádí se povinně, jde o kód základního onemocnění, nebo o onemocnění, pro které byla poskytnuta ambulantní péče.

Ostatní diagnózyna prvním místě se uvádí onemocnění, které nejvíce ohrožuje zdraví či život nemocného, pokud už není uvedena jako základní.

Řádková diagnóza vyplňuje se diagnóza, pro kterou byl konkrétní výkon poskytnut, vždy, pokud je diagnóza rozdílná od uvedené diagnózy základní.

Správné vykazování výkonů

Poukaz na vyšetření/ ošetření (doklad 06) slouží k vyžádání (resp. předepsání) zdravotní péče požadujícím ošetřujícím lékařem a dále k vyúčtování zdravotní péče.

Druhy dokladů:

Poukaz na vyšetření/ ošetření K (konziliární vyšetření) – tiskopis určen k vyžádání konziliárního vyšetření, vyšetření či ošetření specialistou a k doporučení převzetí do péče.

Poukaz na vyšetření/ ošetření DP (domácí péče)

Poukaz na vyšetření/ ošetření FT (fyzioterapie) – platnost 7 dní

Poukaz na vyšetření/ ošetření ORP (ošetřovatelsko-rehabilitační péče)

Poukaz na vyšetření/ ošetření Z (RTG, CT, US, nukleární medicína, MR)

Správné vykazování výkonů

Obecná pravidla pro vykazování výkonů (viz kapitola 2)

- Výkon se hradí tehdy, byl-li naplněn celý obsah výkonu, tj. včetně času.
- Výkon může být vykázán pouze tehdy, pokud byl proveden úplně. Částečně provedený výkon nemůže být vykázán.
- Zápis do zdravotnické dokumentace je nedílnou součástí všech výkonů.
- Pokud výkon může být vykázán více než jednou, musí být uveden čas zahájení a ukončení. Pokud toto nelze z dokumentace vyčíst, uhradí ZP výkon 1x.

Příklad:

Pacient objednan na 11:30. V ordinaci je do 12:00, protože na 12 h. je objednan další pacient. Zdravotní pojišťovně vykázány výkony xxxxx (45 minut), xxxxx (15 minut), xxxxx (15 minut), xxxxx (30 minut) ... celkem vykázáno 105 minut (1:45 hod) místo 30 minut.

Správné vykázování výkonů

Omezení frekvencí:

je vztaženo na jednoho pojištěnce, jedno nebo více časových období a jednoho poskytovatele.

Pokud je výkon vykázán častěji než je uvedeno v omezení frekvencí, je zdravotní pojišťovna oprávněna výkon upravit do výše omezení frekvencí.

Jednotlivá období omezení frekvencí jsou pro účely poskytování hrazených služeb definována následovně:

Týden: 7 dnů ode dne posledního vykázání výkonu včetně tohoto dne.

Měsíc: 28 dnů ode dne posledního vykázání výkonu včetně tohoto dne.

3 měsíce, čtvrtletí: souvislá doba trvající 84 dnů.

Pololetí: 175 dnů ode dne posledního vykázání výkonu včetně tohoto dne.

Rok: 350 dnů ode dne posledního vykázání výkonu včetně tohoto dne.

Správné vykazování výkonů

Klinická vyšetření (komplexní, cílené, kontrolní)

Co je obsahem jednotlivých klinických výkonů, je uvedeno v kapitole č.3 vyhl. č.134/1998 Sb., v platném znění.

Komplexní vyšetření lze vykázat pouze na dokladu ambulantním (01).

Nelze nikdy vykázat na dokladu 06, kterým se vyazuje vyžádaná péče.

Výkonem komplexního vyšetření se vyazuje vyšetření pacienta při převzetí do pravidelné dlouhodobé péče ambulantního specializovaného lékaře a dále vždy, pokud došlo u konkrétního lékaře k přerušení péče delší než dva roky.

Správné vykazování výkonů

Cíleným vyšetřením se vyazuje například:

- vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem zaměřené na subjektivní potíže,
- vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v pravidelné péči při významné změně průběhu choroby,
- dispenzární vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem,
- vyšetření pacienta spojené s vystavením návrhu na komplexní a příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči nebo na pobyt v ozdravovně,
- předoperační vyšetření.

Správné vykazování výkonů

Kontrolním vyšetřením se vykazuje vyšetření pacienta:

- kdy ošetřující lékař kontroluje průběh nebo výsledek léčby,
- při ukončení léčby ošetřujícím lékařem,
- při ukončení Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem,
- ošetřujícím lékařem v průběhu stabilizované choroby,
- před poskytnutím léčebného úkonu.

Příklad:

Při převzetí do péče se na dokladu 01 vykáže komplexní vyšetření. Další vyšetření je vždy kontrolní. Cílené vyšetření je možné vykázat jen při významné změně průběhu choroby. Pokud je pojištěnec zařazen do dispenzární péče, kam ho zařazuje jeho registrující praktický lékař, a jde o dispenzární prohlídku, vykazuje se vždy cílené vyšetření + výkon číslo 09532 (prohlídka osoby dispenzarizované).

Správné vykazování výkonů

Minimální kontakt lékaře s pacientem (výkon číslo 09511)

(nutný zápis o konzultaci v dokumentaci). Vykazuje se, pokud nebyl naplněn obsah výkonu kontrolního vyšetření. Nejde o klinické vyšetření, proto nelze vykázat signální výkon klinického vyšetření (výkon číslo 09543). Používá se například při předpisu léků, pokud se neprovádí kontrolní vyšetření. Čas výkonu: 5 minut.

Telefonická konzultace lékaře pacientem (výkon číslo 09513)

je vykazován pouze tehdy, pokud bezprostředně souvisí s diagnostikou, terapií nebo dispenzarizací. Je nutný zápis do zdravotnické dokumentace. OF:2/1den. Čas výkonu: 10 minut.

Pozor: pokud by byl během roku vykázán pouze výkon 09513, nepočítá se tento pojištěnec do unikátních pojištěnců. Nelze vykázat ve stejný den s klinickým vyšetřením.

Správné vykazování výkonů

Ošetření handicapovaného pacienta (výkon číslo 09509)

Jak vyplývá z definice uvedené pod názvem výkonu ve vyhlášce č.134/1998 Sb. v pl.zn.,zohledňuje zvýšenou náročnost ošetření osob považovaných podle zákona č.108/2006 Sb. (o sociálních službách) za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost), stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost) a osob, kterým náleží průkaz ZTP a ZTP/P dle zák. č.329/2011 Sb. (Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením).
Důvody použití výkonu musí být ze zdravotnické dokumentace zřejmé.

Vykazuje se maximálně 1 x denně a lze vykazovat jen při klinickém vyšetření. Výkon má hodnotu 100 bodů.

Správné vykazování výkonů

Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou (výkon číslo 09523)

Poučení a nácvik dovedností v rozsahu nezbytném k získání racionální spolupráce na léčbě. Hrazeno pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně v dokumentaci a stvrzení podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce.

Možno vykázat 1x za den.

Výkon trvá 30 minut a má hodnotu celkem 223 bodů.

Pozor!

Součástí klinických vyšetření je mimo jiné edukace pacienta, proto nelze současně klinické vyšetření vykazovat spolu s výkonem číslo 09523.

Správné vykazování výkonů

Ošetření dítěte do 6 let (výkon číslo 09555)

U dítěte do 6 let přičti k výkonu klinického vyšetření.

Čas 10 minut, ve vyhlášce u výkonu 86 bodů, body celkem 116.

Výpočet: čas x režie (3,02) + 86 = 116.

Prohlídka osoby dispenzarizované (výkon číslo 09532)

je vykazován spolu s cíleným vyšetřením lékařem specialistou pouze v případě, že je pojištěnec, kterého do dispenzarizace zařazuje registrující praktický lékař, předán písemně do péče specialistovi.

Výkon má hodnotu 10 bodů.

Správné vykazování výkonů

Dispenzární péče:

Podle § 31 odst. 2 zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění :

- lékař registrujícího poskytovatele zodpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče,
- pro jednu diagnózu může být pojištěnec dispenzarizován pouze u jednoho ošetřujícího lékaře,
- nemoci, u kterých může registrující praktický lékař pojištěnce do dispenzarizace zařadit, jsou uvedeny ve vyhlášce **č.39/2012 Sb.**

Podle této vyhlášky časové rozmezí dispenzárních prohlídek provádí poskytovatel zdravotních služeb v takovém časovém rozmezí, které vyžaduje zdravotní stav pacienta, nejméně 1 x ročně.

Správné vykazování výkonů

Chyby, které jsou uvedeny v zúčtovacích zprávách:

- Vykázán výkon **09543** bez klinického vyšetření u osoby starší 18 let
- Výkon **75023** nemůže být vykázán současně s výkonem **09511**
- Výkon **75023** nelze ve stejný den vykazovat s výkonem **75022**
- Výkon **75021** nelze ve stejný den vykazovat s výkonem **75022**

- Nepovolená hvězdičková Dg. (H131)

- Neplatné pojištění – změna čísla pojištěnce
- Pojištěnec není evidován v registru

Správné vykazování výkonů

Číslo pojištěnce – většinou je shodné s rodným číslem, ale například u cizinců zaměstnaných u firem se sídlem na území ČR toto pravidlo neplatí. Je proto nutné kontrolovat průkazky, a to nejen příslušnost k pojišťovně, ale i číslo pojištěnce, protože se v průběhu pojistného vztahu především u cizinců může číslo pojištěnce změnit.

Dále je nutné rozlišovat, zda jde o **druh pojistného vztahu** „1“, tedy veřejné zdravotní pojištění, nebo například „4“ pojištění EU a mezinárodní smlouvy. I tento údaj bývá uveden na průkazu pojištěnce.

Správné vykazování výkonů

Z veřejného zdravotního pojištění se za určitých podmínek lze odhlásit, je-li **pojištěnec na dlouhodobém pobytu mimo ČR** (musí se jednat o pobyt delší než 6 měsíců a musí být v cizině zdravotně pojištěn, např. pobyt mimo EU). Pak nelze provedené výkony účtovat zdravotní pojišťovně, ale musí si je klient uhradit sám.

Při předpisu léků, zdravotnických prostředků i vyžádané péče je nezbytné uvádět **správné IČP**, nikoli IČZ a rozlišovat v případě pracoviště, které má více odborností, použití IČP odpovídající odbornosti, která předpis žádá.

Úhradová vyhláška pro rok 2017

- **Referenčním obdobím** je rok 2015.
- **Hodnoceným obdobím** rok 2017.
- Do **referenčního období** budou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2015 a vykázané do 31. 3. 2016 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. 5. 2016.
- Do **hodnoceného období** budou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2017 a vykázané do 31. 3. 2018 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. 5. 2018.

Úhradová vyhláška pro rok 2017

- **Unikátní pojištěnec** – definice stejná jako v minulých letech
- **Vyjmenované odbornosti** - 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823.
- Podle § 16 se za každý vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný **výkon číslo 09543** stanoví úhrada 30 Kč. Maximální úhrada za tyto výkony nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů 09543 v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

Úhradová vyhláška pro rok 2017

- Celková výše úhrady nepřekročí:
 $1,035 \times \text{POPzpoZ} \times \text{PUROo} + 1,035 \times \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; (\text{UHRMh} - \text{UHRMr})]$, což je:
- 1,035 krát počet „obyčejných“ unikátů v roce 2017 krát průměrná úhrada v Kč na jednoho unikáta za rok 2015 (tj.včetně ZUM/ZULP) plus 1,035 krát maximum - buď průměrná úhrada na unikáta za rok 2015 krát počet mimořádně nákladných unikátů v roce 2017 nebo úhrada za mimořádně nákladné pojištění v roce 2017 mínus úhrada za mimořádně nákladné pojištění v roce 2015.
- Mimořádně nákladný pojištěnec je ten, u kterého je úhrada rovna nebo překračuje pětinasobek průměrné úhrady za „obyčejného“ unikáta roku 2015.
- Hodnota bodu 1,03 Kč platná pro celý rok 2017.
- Současně stanovena pevná, nepřekročitelná hranice pro rok 2017, kterou celková výše úhrady nemůže přesáhnout.

Úhradová vyhláška pro rok 2017

Legenda:

POPzpoZ ..počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období, tj. v roce 2017

POPzpoMh.. počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v roce 2017

PUROo ...průměrná úhrada za výkony včetně ZUM/ZULP na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období, tj. v roce 2015

UHRMh ...úhrada za výkony včetně ZUM/ZULP za mimořádně nákladné pojištěnce v roce 2017

UHRMr ...úhrada za výkony včetně ZUM/ZULP za mimořádně nákladné pojištěnce v roce 2015

Úhradová vyhláška pro rok 2017

- V případě nových výkonů, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikáta, se celková výše úhrady navýší o hodnotu vykázaných a pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, vč.ZUM/ZULP.
Nové výkony se ocení hodnotou bodu 1,03 Kč
- Výpočet celkové výše úhrady se nepoužije:
 - při ošetření 50 a méně unikátů (při 30 ordinačních hodinách týdně)
 - v případě zahraničních pojištěnců
- Finanční vypořádání včetně regulací bude realizováno nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2017

Úhradová vyhláška pro rok 2017

Regulační omezení – vše na jednoho unikátního pojištěnce daného poskytovatele:

ZULP a ZUM

- Pokud průměrná úhrada je v hodnoceném období vyšší než 102 % průměru v referenčním období, sníží poskytovateli celkovou úhradu až o 40 % z překročení.

Úhradová vyhláška pro rok 2017

Regulační omezení:

Léky a zdravotnické prostředky

- Pokud průměrná úhrada je v hodnoceném období vyšší než **102 %** průměru v referenčním období, sníží poskytovateli celkovou úhradu až o **40 %** z překročení.
- Vystaví-li poskytovatel alespoň 50 % lékařských předpisů v elektronické podobě, překročení se počítá nad 105 %.

Vyžádaná péče ve vyjmenovaných odbornostech

- Pokud průměrná úhrada je v hodnoceném období vyšší než **102 %** průměru v referenčním období, sníží poskytovateli celkovou úhradu až o **40 %** z překročení.
- Do vyžádané péče se nezahrnuje mamografický screening, screening karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu..

Úhradová vyhláška pro rok 2017

Regulační omezení se nepoužijí, pokud:

- poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad,
- celková úhrada za veškeré ZULP a ZUM u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období,
- celková úhrada za veškeré léky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny,
- celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2017 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

Úhradová vyhláška pro rok 2017

- Pokud má poskytovatel více odborností – regulační omezení se vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.
- Uplatněná regulační srážka může být maximálně do výše odpovídající **15 %** objemu úhrady minus ZULP a ZUM.

Děkuji za pozornost!

Ing. Ivana Jenšovská

ivana.jensovska@seznam.cz

+420 731 546 002