

# **Problematika účtování dle vyhlášky pro rok 2018 a další praktické rady**

**Ing. Ivana Jenšovská**

**Poradenská, konzultační a lektorská činnost ve  
zdravotnictví**

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- **Referenčním obdobím** je rok 2016.
- **Hodnoceným obdobím** rok 2018.
- Do **referenčního období** budou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2016 a vykázané do 31. 3. 2017 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. 5. 2017.
- Do **hodnoceného období** budou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2018 a vykázané do 31. 3. 2019 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. 5. 2019.

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- **Unikátní pojištěnec** – definice stejná jako v minulých letech
- **Vyjmenované odbornosti** - 222, 801, 802, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 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 2018

- U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna **počty výkonů 09543** srovnatelných poskytovatelů v roce 2014.
- **Úhrada** za výkony 09543 **se nezapočítává** do maximální úhrady za hrazené služby.

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- Celková výše úhrady nepřekročí:  
 **$1,018 \times \text{POPzpoZ} \times \text{PUROo} + 1,018 \times \max[\text{PUROo} \times \text{POPzpoMh}; (\text{UHRMh} - \text{UHRMr})]$** , což je:
- 1,018 krát počet základních unikátů v roce 2018 krát průměrná úhrada v Kč na jednoho unikáta za rok 2016 (tj.včetně ZUM/ZULP) plus 1,018 krát maximum - buď průměrná úhrada na unikáta za rok 2016 krát počet mimořádně nákladných unikátů v roce 2018 nebo úhrada za mimořádně nákladné pojištění v roce 2018 minus úhrada za mimořádně nákladné pojištění v roce 2016.

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

Legenda:

**POPzpoZ** ..počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, tj. v roce 2018

**POPzpoMh..** počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v roce 2018

**PUROo** ...průměrná úhrada za výkony včetně ZUM/ZULP na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti v referenčním období, tj. v roce 2016. Do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou ti, na které byl vykázán pouze výkon 09513.

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- **UHRMh** ...úhrada za výkony včetně ZUM/ZULP za mimořádně nákladné pojištění v roce 2018
- **UHRMr** ...úhrada za výkony včetně ZUM/ZULP za mimořádně nákladné pojištění v roce 2016

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- Mimořádně nákladný pojištěnec je ten, u kterého je úhrada rovna nebo překračuje pětinasobek průměrné úhrady za základního unikáta roku 2016.
- Hodnota bodu 1,03 Kč je platná pro celý rok 2018.
- Současně stanovena pevná, nepřekročitelná hranice pro rok 2018, kterou celková výše úhrady nemůže přesáhnout.



# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- **U poskytovatele**, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval péči v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti.

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- 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 100 a méně unikátů při 30 ordinačních hodinách týdně (do roku 2017 to bylo jen 50)
  - v případě zahraničních pojištěnců

V těchto případech se výkony hradí s hodnotou bodu 1,03 Kč

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- Finanční vypořádání včetně regulací bude realizováno nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2018
- V rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2018, na základě nichž dojde k výdeji léků plně nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, **úhradu ve výši 1,70 Kč.**

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

## Regulační omezení:

- lze uplatnit, jen pokud zdravotní pojišťovna do 30.4.2018 sdělí referenční hodnoty.
- počítá se 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 2018

## Regulační omezení:

### Léky a zdravotnické prostředky

- Pokud průměrná úhrada je v hodnoceném období vyšší než **100 %** průměru v referenčním období, sníží poskytovateli celkovou úhradu až o **40 %** z překročení.

### 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 2018

## 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 nepřevyší 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období,

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

## Regulační omezení se nepoužijí, pokud:

- 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 2018 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 2018 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- U poskytovatele, kde došlo oproti roku 2016 ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad pro tyto účely úměrně upraví.
- U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení hodnoty srovnatelných poskytovatelů.



# Úhradová vyhláška pro rok 2018

- Pokud poskytovatel ošetřil v roce 2016 nebo 2018 v dané odbornosti 100 a méně unikátů při 30 ordinačních hodinách týdně (do roku 2017 to bylo jen 50) pojišťovna tuto odbornost **nezahrne do výpočtu regulace**
- Uplatněná regulační srážka může být maximálně do výše odpovídající **15 %** objemu úhrady minus ZULP a ZUM.
- Pokud má poskytovatel více odborností – regulační omezení se vypočte a uplatní **za každou odbornost zvlášť**.

# Vyúčtování roku 2017

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

✓ **Finanční vypořádání předběžných úhrad a regulačních omezení za rok 2017**

- a) Zpracováno k datu: 31.12.2017.
- b) Zohledňuje mimořádně nákladné pojištěnce.
- c) Informační údaj pro poskytovatele – zahrnuje částku za výkon 09543.
- d) Průměrná úhrada na unikáta v referenčním období u regulačních omezení je ve výši 100 %.
- e) Regulační omezení uplatňuje VZP ČR pouze u vyžádané péče ve vyjmenovaných odbornostech až nad 200.000 Kč.
- f) Lhůta pro reklamaci je 10 kalendářních dnů.

**Závěr: v souladu s vyhláškou, přehledné, srozumitelné**

# Vyúčtování roku 2017

Pokračování - pojišťovna 111

✓ **Finanční vypořádání předběžných úhrad za rok 2017**

- zpracováno k 31.3.2018
- oznámeno naplnění dohody s ČLK s výsledkem:  
Navýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč a  
navýšení indexu o 0,01.
  
- Rekapitulace nároku na bonifikaci:
  - a) celoživotní vzdělávání
  - b) Ø na UNI za léky nižší než 101 % roku 2015
  - c) Ø na UNI za vyž. péči nižší než 101 % roku 2015musí být splněny všechny tři podmínky.

# Vyúčtování roku 2017

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

- ✓ Dosud vyúčtování nezaslala.
- ✓ Termín do 150 dnů po skončení roku 2017 ještě neuplynul.

# Vyúčtování roku 2017

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

✓ **Konečné vyúčtování je přílohou dopisu, kterým ČPZP sděluje referenční hodnoty pro rok 2018**

- a) Do celkové hodnoty zdravotních služeb započítává ČPZP úhradu za výkon 09543 a srážku za „celkovou regulaci“, pokud ji uplatňuje, ZUM/ZULP a hodnotu zdravotních služeb u zahr. pojištěnců.
- b) Nezohledňuje mimořádně nákladné pojištěnce, protože vzoreček s nimi nepočítá.
- c) Referenční hodnoty u regulací jsou již ve výši 102 %.
- d) U některých poskytovatelů je regulace vyčíslena, ale neuplatněna na základě individuálního posouzení.
- e) ČPZP reguluje jak „preskribci“, tak indukované služby.
- f) Lhůta pro námítky nebo reklamaci není stanovena.

**Závěr: přehledné, ale méně srozumitelné**

# Vyúčtování roku 2017

Oborová zdravotní pojišťovna

✓ **Finanční vyrovnání za rok 2017**

- a) OZP hradí výkon 09543 bez limitace.
- b) Vyčísluje regulace, ale neuplatňuje je.
- c) V celkové úhradě nejsou zohledněni mimořádně nákladní pojištěnci, protože v úhradovém dodatku pro rok 2017 toto není.
- d) Námitky je možné podat do 30 dnů od obdržení vyúčtování.

**Závěr: přehledné, srozumitelné**

# Vyúčtování roku 2017

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

✓ **Vyúčtování hrazených služeb PZS za období:rok 2017**

- a) Pokud má poskytovatel dvě vyúčtování s názvem „AVÍZO“, je uplatněna srážka za preskripci nebo vyžádanou péči.
- b) V rekapitulaci je pak vyúčtování regulačního omezení preskripce a vyžádané péče, kde by celkem srážka měla být maximálně 15 %.
- c) Námitky je nezbytné do 30 dnů od obdržení Avíza písemně zdokumentovat.
- d) Druhé vyúčtování je vyúčtování za poskytnutou péči, tedy za výkony. ZUM/ZULP je hrazen v plné výši a není započten do referenční úhrady.

# Vyúčtování roku 2017

Pokračování – pojišťovna 211

- e) Průměrnou referenční úhradu si musí poskytovatel sám spočítat, protože je uvedena jen referenční úhrada a počet unikátů.
- f) Výsledkem Celkového vyúčtování je srážka nebo doplatek.
- g) Vyúčtování max. úhrady 09543.
- h) Rekapitulace pak obsahuje vyúčtování předběžné úhrady (bez krácení u 09543) a vyúčtování výkonu 09543.

**Závěr: nepřehledné, nesrozumitelné, není zřejmé, zda jde o vyúčtování podle Dodatku nebo vyhlášky**



# Různé

převzetí do péče x převzetí do dispenzární péče

## **Převzetí do pravidelné dlouhodobé péče**

- Komplexní vyšetření (75021)
- Další vyšetření kontrolní (75023), jen při významné změně průběhu choroby cílené vyšetření (75022)  
(vždy na dokladu 01)

## **Převzetí do dispenzární péče**

- dispenzární vyšetření se vykazuje cíleným vyšetřením  
+ výkon 09532.

# Různé

## 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.** ve znění vyhl. 318/2016 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.

Děkuji za pozornost!

Ing. Ivana Jenšovská

[ivana.jensovska@seznam.cz](mailto:ivana.jensovska@seznam.cz)

+420 731 546 002