

# Regulační omezení a jak předcházet problémům

Ing. Ivana Jenšovská

Konzultační a lektorská činnost, Benešov

Urol. praxi, 2015; 16(1): 40–41

Regulační omezení a problémy, kterým by měli poskytovatelé předcházet, se věnovala přednáška Ing. Ivany Jenšovské na 30. pracovní konferenci SAU v Brně dne 29. 11. 2014.

První část přednášky se týkala historie a současnosti uplatňování regulačních mechanismů v letech 2011–2014. Za rok 2014, pro který je referenční rok 2012, se budou uplatňovat regulace za ZUM/ZULP, léky a zdravotnické prostředky a také za vyžádanou péči. Regulace podle vyhlášky je ve výši 40% z překročení nad 100% průměru na jednoho unikátního pojištěnce. Dále byl mimo jiné zmíněn postup v případě, že zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku. Je nezbytné podat reklamaci. Zdravotní pojišťovna může uplatnit regulační srážku maximálně ve výši 15% objemu úhrad mínus ZUM/ZULP za hodnocené období.

**Postup při obdržení vyúčtování, kde je regulační srážka uplatněna:**

- podat reklamaci a požádat o zaslání podkladů, ze kterých byla srážka vypočtena; nejlépe ve formátu EXCEL,
- porovnat údaje za referenční a hodnocené období a zdůvodnit, proč k překročení nákladů na unikátního pojištěnce došlo,
- požádat o zohlednění a přepočtení regulační srážky

Další část přednášky byla zaměřena **na problémy, kterých by se měli poskytovatelé vyvarovat**. Mezi problémy patří:

- **Předpis léků** na dobu, kdy je pojištěnec hospitalizován.
- **Nedodržování preskripčního a indikačního omezení:**
  - symbol „L“ – preskripční omezení
  - symbol „E“ – nelze přenést předpis na jiného lékaře
  - symbol „P“ – indikační omezení
- **Vyžádaná péče v den, kdy je pojištěnec hospitalizován**, je laboratorní zdravotní pojišťovnou odmítnuta uhradit.
- **Nesprávné vyplnění kódu diagnózy na žádankách** (návrzích či předpisech), pro kterou je požadována (navržena či předepsána) péče uvedená na dokladu (např. žádanka na vyžádanou péči laboratorní, CT, MR apod.)

■ **Diagnóza** – problém s diagnózami spočívá jednak v tom, že došlo k některým změnám v číslech diagnóz (například hemoroidy už nejsou I 84, ale nově K 64) a že u některých diagnóz je platná pouze čtyřmístná Dg. V případě, že pro klasifikaci nemoci je v MKN dvoje klasifikační schéma (se znakem „+“ a „\*“) je stanoveno, že diagnóza s křížkem je primární a musí tak být použita vždy. Použití pouze Dg „\*“ je chybou.

■ **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 průkazy, 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.

■ 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 péči je nezbytné uvádět **správné IČP**, nikoli IČZ a rozlišovat v případech pracoviště, které má více odborností, použití IČP odpovídající odbornosti, která předpis žádá.

■ **Dispenzární péče** (§ 31 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění). V rámci hrazených služeb se **dispenzární péče poskytuje** pojištěncům zdravým, ohroženým a nemocným **v těchto skupinách:**

- dětem do jednoho roku,
- vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a
- ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí,

- vybraným mladistvým,
- těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství,
- ženám, které používají hormonální a nitroděložní antikoncepci,
- pojištěncům ohroženým nebo trpícím závažnými onemocněními.

**Pojištěnce do dispenzární péče zařazuje podle odborných kritérií jeho registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře.**

**Dispenzarizace se vykazuje** cíleným vyšetřením (76022) + výkon číslo 09532 (prohlídka osoby dispenzarizované) za 10 bodů. Viz **vyhl. č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči**, kde je uveden seznam nemocí, u nichž se poskytuje dispenzární péče.

■ **Chybné vykazování výkonů:**

- **výkon 76021** nelze vykázat na dokladu 06 a nelze v jeden den vykazovat s výkonem **76022**,
- **výkon 76022** nelze vykazovat současně s výkonem **76023**,
- **výkon 09523** nelze vykazovat současně s výkonem **76021**, **76022** nebo **76023**, tedy s klinickým vyšetřením,
- **výkon 09555** lze vykazovat s klinickým vyšetřením pouze u dítěte do 6 let,
- **výkon 09117** nelze vykazovat u dítěte staršího 10 let (má být již výkon 09119).

■ **Výkon číslo 76021:**

**Komplexní vyšetření** lze vykázat pouze na dokladu ambulantním (01). Nelze nikdy vykázat na dokladu 06, kterým se vykazuje vyžádaná péče. Výkonem komplexního vyšetření se vykazuje 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.

■ **Výkon číslo 76022:**

**Cíleným vyšetřením** se vykazuje 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.

■ **Výkon číslo 76023:**

**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**

Doklad 06, který slouží k **vyúčtování vyžádané péče**, musí mít správně vyplněna políčka – identifikačního čísla pracoviště (IČP), odbornost požadujícího pracoviště, číslo pojištěnce, základní diagnóza, ostatní diagnózy, datum vystavení požadavku.

Na tomto dokladu lze vykázat 76022 a maximálně 1 x 76023. Pokud však nestačí dvě návštěvy pacienta, bude tato péče považována za převzetí do péče a poskytovatel ji vykáže **na dokladu 01**. První vyšetření je v tomto případě 76021.

V případě potřeby je možné kontaktovat autorku prezentace na mailu [ivana.jensovska@seznam.cz](mailto:ivana.jensovska@seznam.cz).

---

**Ing. Ivana Jenšovská**

Konzultační a lektorská činnost, Benešov  
[Ivana.Jensovska@seznam.cz](mailto:Ivana.Jensovska@seznam.cz)

---