

Vážené kolegyně a vážení kolegové z oboru ambulantní gastroenterologie,

aktuální číslo našeho Newsletteru věnuje informace o způsobu úhrady za výkony zdravotní péče a o regulacích preskripce a vyžádané péče v roce 2016, jak jej stanovuje Ministerstvo zdravotnictví ve své úhradové vyhlášce na rok 2016.

► **ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA NA ROK 2016 – KONEČNÁ PODOBA**

Text vyhlášky opět posuzujeme z pohledu segmentu ambulantních specialistů, kam naše odbornost spadá.

OBCENÉ ZHODNOCENÍ

Po letech 2014 a 2015, kdy se v úhradových vyhláškách objevoval složitý výpočtový vzorec, na jehož základě měl každý poskytovatel individuální hodnotu bodu (v optimálním případě 1,03 Kč za 1 bod, v praxi však často méně než 0,90 Kč či dokonce méně než 0,80 Kč za 1 bod), přichází v letošním roce Ministerstvo zdravotnictví s **NOVÝM** způsobem výpočtu úhrady za vykázané výkony, který naopak vychází z **jednotné hodnoty bodu ve výši 1,03 Kč za 1 bod platné pro všechny poskytovatele po celý hodnocený rok 2016!!!**

Znamená to, že v roce 2016 bude práce všech poskytovatelů adekvátně a srovnatelně ohodnocena? Bohužel nikoliv. **Celková úhrada totiž bude narážet na horní hranici danou výší úhrad na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním roce 2014.**

Po dlouhých letech tak úhradová vyhláška poprvé **neskrytě stanoví, že** po dosažení finančního limitu, který bude u každého poskytovatele individuální, nebude za další zdravotní služby poskytnuté pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny poskytnuta žádná úhrada. Existuje tak poměrně vysoká míra pravděpodobnosti, že **část poskytovatelů bude v závěru roku pracovat ZADARMO.**

Jako jednoznačně negativní signál dále hodnotíme to, že se do vyhlášky opět nedostal žádný institut umožňující poskytovateli odborně odůvodnit nezbytnost poskytnutí hrazených služeb u pojištěnců, u kterých byl překročen referenční průměr z důvodů lékařem nijak neovlivnitelných (zejména zhoršený zdravotní stav pojištěnce a k tomuto stavu správně aplikovaná léčba lege artis). *Znamená to tedy, že výsledky z roku 2014 se pro rok 2016 stávají nepropustnou hranicí, která nebere ohled na medicínskou stránku léčebného procesu.*

POZNÁMKY KE SPOLEČNÉ ČÁSTI VYHLÁŠKY (PARAGRAFOVÁ ČÁST)

- hodnoceným obdobím je rok 2016, referenčním obdobím [jak pro úhradu za výkony, tak pro regulaci] je rok 2014.

- při výpočtu úhrady za rok 2016 budou do vyúčtování započteny všechny body poskytovatelem pojišťovně vykázané do 31. 3. 2017 a pojišťovnou uznané do 31. 5. 2017.

- zachován mechanismus **kompensace zrušených regulačních poplatků** za návštěvu u lékaře prostřednictvím výkonu **09543 [signální výkon klinického vyšetření]** ve výši 30,- Kč za jeden výkon. Opět je stanoveno i **omezení maximální úhrady** za tento výkon, a to tak, že maximální úhrada za všechny tyto vykázané výkony, nepřekročí částku ve výši 30-ti násobku počtu výkonů č. 09543 podle Seznamu výkonů ve znění účinném v referenčním období [rok 2014], vykázaných příslušné zdravotní pojišťovně v referenčním období (tedy v roce 2013). *Pozitivně hodnotíme fakt, že vyhláška tentokrát myslí i na poskytovatele nové či takové, kteří vznikli až v průběhu referenčního období či v tomto období neměli se zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu – u takových použije zdravotní pojišťovna hodnoty srovnatelných poskytovatelů (zlepšení oproti roku 2015, kdy pojišťovny vesměs novým poskytovatelům odmítaly kompenzaci za kód 09543 hradit).*

PŘÍLOHA Č. 3 VYHLÁŠKY**ÚHRADA ZA VÝKONY**

- zcela odpadá složitý výpočet **hodnoty bodu, hodnota bodu je stanovena stejná pro všechny, platná po celé hodnocené období**, a to v již uvedené výši **1,03 Kč za 1 bod**.

- vyhláška však současně stanoví **horní limit úhrady** za hodnocené období, který je pro každého poskytovatele **individuální** a je dán **násobkem počtu unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v hodnoceném období a průměrné úhrady za výkony na 1 unikátního pojištěnce v referenčním období** (ani jeden z ukazatelů přitom nezohledňuje unikátní pojištěnce, na které byl vykázan pouze výkon 09513).

- tento horní limit úhrady je ještě upraven koeficientem 1,03, což znamená, že v hodnoceném období může poskytovatel obdržet až **+ 3 %** nad horní limit úhrady vypočtený dle předchozí odrážky. Zde registrujeme mírné zlepšení oproti první verzi úhradové vyhlášky poslané do připomínkového řízení, která počítala jen s 1 % navýšením.

- úhradová vyhláška dále počítá s **možností navýšení úhrady za tzv. mimořádně nákladné unikátní pojištěnce**, což jsou takové pojištěnci, u kterých úhrada za výkony včetně ZUM a ZULP v hodnoceném období dosáhne či překročí **pětinásobek** průměrné úhrady za výkony včetně ZUM a ZULP v referenčním období. Aby se však pro poskytovatele jednalo o reálné navýšení úhrady v roce 2016, **musí být rozdíl** mezi náklady na tyto mimo-

řádě nákladné unikátní pojištěnce v hodnoceném a referenčním období **vyšší**, než kolik by činil násobek počtu těchto mimořádně nákladných pojištěnců a průměrné úhrady na jednoho [normálního] unikátního pojištěnce. S ohledem na to nepředpokládáme, že mimořádně nákladní pojištěnci přinesou reálné a podstatné zvýšení úhrady.

REGULACE PRESKRIPCE A VYŽÁDANÉ PÉČE

- u regulačních omezení preskripce i vyžádané péče je zachován tentýž mechanismus jako v letech 2014 a 2015, logikou a dopady stejný jako ve všech letech předcházejících. Jsou ponechány limity regulace ve výši 40 % z finančního objemu překročení referenčních hodnot, reguluje se při překročení hodnoty **102 %** průměrných úhrad v referenčním roce 2014, což je oproti loňsku zlepšení (limit byl jen 100 %). V oblasti regulace preskripce jsou lékaři opět motivováni k využívání elektronických receptů. Pokud lékař v hodnoceném období roku 2016 vystaví alespoň 50 % receptů v elektronické podobě, měla by regulace za preskripci nastoupit až při překročení hodnoty 105 % průměrných úhrad za preskripci v referenčním roce 2014 (ve vyhlášce je tiskovou chybou uvedeno 101 %, což by nebylo zvýhodnění, ale zpřísnění limitu, proto předpokládáme, že správná hodnota je 105 % jako v roce 2015).

- pozitivně opět hodnotíme, že u regulací zůstává v nezměněné podobě **zachována možnost odůvodnit nezbytnost** poskytnutí hrazených služeb a tím vyloučit regulaci, jakož i zachování maximální hranice pro výši regulací celkem, která je jako v minulých letech stanovena ve výši **15 %** celkového objemu úhrad poskytnutých zdravotní pojišťovnou příslušnému poskytovateli v hodnoceném období.

► **ZÁVĚR**

Vzhledem k tomu, že finanční výsledek roku 2014 je určující pro úhradu roku 2016, doporučujeme ještě zvážit jednání s pojišťovnami o navýšení hodnoty bodu za rok 2014 cestou odůvodnění péče, kterou Vám úhradová vyhláška a většina úhradových datků na rok 2014 umožňuje.

Neváhejte se na nás kdykoliv obrátit na níže uvedené kontakty.

S úctou a pozdravem.

Gastroenterologická asociace České republiky, z.s.