

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolet nám Vás na začátku nového roku seznámit s úhradovými mechanismy, které Ministerstvo zdravotnictví připravilo pro rok 2018 prostřednictvím úhradové vyhlášky č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. Text vyhlášky, jako každý rok, posuzujeme z pohledu segmentu ambulantních specialistů – diabetologů.

Po delší době se hned na začátku vrátíme k zopakování základního předpokladu – **v případě úhradové vyhlášky se jedná o obecně závazný právní předpis, podle kterého se při úhradě za poskytování hrazených služeb postupuje vždy, nedohodně-li se poskytovatel se zdravotní pojišťovnou jinak (uzavřením tzv. úhradového dodatku)**, a contrario uzavření úhradového dodatku neznamená, že zdravotní pojišťovna nebude péči hradit (mýtus občas podporovaný některými pojišťovnami), v takovém případě se vždy postupuje dle úhradové vyhlášky.

ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA NA ROK 2018 – OBECNÉ ZHODNOCENÍ

Zjednodušeně lze říci, že v roce 2018 nás čeká stejná situace, kterou zde máme již od roku 2016, kdy úhradová vyhláška 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.

Stejně tak platí loňské upozornění, že se v rámci úhrady za výkony 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 zhoršení zdravotní stavu pojištěnce a k tomuto stavu správně aplikovaná léčba lege artis). Znamená to tedy, že výsledky z roku 2016 se pro rok 2018 stávají neprostopnou hranicí, která nebere ohled na medicínskou stránku léčebného procesu.

POZNÁMKY KE SPOLEČNÉ ČÁSTI VYHLÁŠKY (PARAGRAFOVÁ ČÁST)

- **Hodnoceným obdobím je rok 2018, referenčním obdobím** (jak pro úhradu za výkony, tak pro regulace) **je rok 2016**. Jedinou **výjimkou je stanovení stropu pro proplácení výkonu 09543** (náhrada za zrušené regulační poplatky) – zde se strop odvozuje od počtu těchto výkonů vykázaných poskytovatelem v roce **2014**.
- Při výpočtu úhrady za rok 2018 budou do vyúčtování započteny všechny body poskytovatelem pojišťovně vykázané do 31. 3. 2019 a pojišťovnou uznané do 31. 5. 2019.

- **Mechanismus kompenzace zrušených regulačních poplatků 09543** (signální výkon klinického vyšetření) **je zachován 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 roce 2014. Pro poskytovatele nové či takové, kteří vznikli až v průběhu referenčního období či v tomto období neměli se zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu, platí, že u nich pro výpočet stropu použije zdravotní pojišťovna hodnoty srovnatelných poskytovatelů v roce 2014. Úhrada za výkon 09543 se nezapočítává do stropu pro maximální úhradu za hrazené služby.

PŘÍLOHA Č. 3 VYHLÁŠKY

ÚHRADA ZA VÝKONY

1,018 x POPzpoZ x PUROo + 1,018 x max [PUROo x POPzpoMh; (UHRMh – UHRMr)]

- Způsob výpočtu úhrady je stejný jako v roce 2016 a 2017, kdy je stanovena **stejná hodnota bodu pro všechny, platná po celé hodnocené období, a to ve výši 1,03 Kč za 1 bod**, nicméně
- vyhláška 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 upraven **koeficientem 1,018** (což představuje **snížení oproti roku 2017, kdy tento koeficient činil 1,035**), což znamená, že v hodnoceném období může poskytovatel obdržet pouze +1,8 % oproti hodnocenému období.
- Úhradová vyhláška dále opět počítá s možností navýšení úhrady za tzv. mimořádné nákladné unikátní pojištěnce, což jsou takoví pojištěnci, u kterých úhrada za výkony včetně ZUM a ZULP v hodnoceném období dosáhne či překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony včetně ZUM a ZULP v referenčním období. S ohledem na to nepředpokládáme, že mimořádně nákladní pojištěnci přinesou reálné a podstatné zvýšení úhrady.

V roce 2018 tak dle úhradového vzorce nebude možné získat více než 101,8 % průměrné úhrady za výkony na 1 URČ v roce 2016, byť fakticky bude odpracováno více. Problém to nebude činit jen v případě, kdy v roce 2018 bude odpracováno méně, resp. max. do 101,8 % roku 2016. Uvidíme, zda a v jaké míře budou úhradové dodatky zdravotních pojišťoven příznivější.

Pozitivní změnou je alespoň to, že výpočet (limitace) celkové úhrady se nepoužije v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně URČ, při nasmlouvané kapacitě nejméně 30 ordinčních hodin týdně.

Novinkou pak je úhrada navazující na od 1. 1. 2018 povinnou elektronickou preskripci, kdy v rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel **za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě** v hodnoceném období, na základě které dojde k výdeji léčivého přípravku plně či částečně hrazeného z veřejného zdravotního pojištění, **úhradu ve výši 1,70 Kč**.

REGULACE PRESKRIPCE A VYŽÁDANÉ PÉČE

- U regulačních omezení preskripce i vyžádané péče je zachován tentýž mechanismus jako v letech předchozích. Jsou ponechány limity regulace ve výši 40 % z finančního objemu překročení referenčních hodnot, **reguluje se při překročení hodnoty 102 % průměrných úhrad v referenčním roce 2016 u vyžádané péče, ale POZOR již 100 % u preskripce**, což je o 2 % méně, než v roce 2017.
- 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.
- I u regulačních mechanismů došlo ke změně jednoho z liberačních důvodů, kdy **100 a méně ošetřených unikátů v hodnoceném či referenčním období při nasmlouvaném rozsahu min. 30 hodin týdně představuje důvod pro jejich neuplatnění**.

ZÁVĚR

Vyúčtování za rok 2016 bylo prvním vyúčtováním po zavedení pevného stropu úhrady neskrýtě stanovující NEHRAZENÍ části řádně poskytnutých, řádně vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů. Z našeho pohledu tak i pro úhradový mechanismus pro rok 2018 bohužel nelze než dojít k závěru, že tento úhradový mechanismus nereflektuje nález ÚSTAVNÍHO SOUDU (zrušení úhradové vyhlášky 2013) a představuje tak rozpor s právem na podnikání (čl. 26 odst. 1 Listiny).

Mgr. Petr Panýr, Mgr. Ondřej Novák
Advokátní kancelář Panýr
info@akpanyr.cz