

## Vážené kolegyně, vážení kolegové,

pro páté vydání našeho Newsletteru v tomto roce jsme vybrali důležité téma, které se dotýká úhradových mechanismů pro nadcházející rok 2017. V současné době je v běhu dohodovací řízení, ve kterém zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb hledají společnou dohodu v otázce nastavení hodnoty bodu, výše úhrad a regulačních mechanismů, dříve, než budou tyto upraveny rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví v úhradové vyhlášce. Závěrečné jednání je naplánováno na 20. června, proto se podívejme, jak si naše skupina stojí.

### DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ NA ROK 2017

Úvodní jednání tzv. přípravné fáze dohodovacího řízení proběhlo již 5. 4. 2016, na tomto jednání byly představeny návrhy VZP ČR a SZP ČR a na straně poskytovatelů bylo předloženo Desatero požadavků zástupců poskytovatelů AS pro úhradu jejich péče. Ačkoliv byly návrhy poskytovatelů dle našeho názoru velice vstřícné, byla dne 26. 5. 2016 konstatována nedohoda a to nejenom ve vztahu k návrhům poskytovatelů, ale i pojišťoven.

Abychom se mohli blíže podívat na rozdíly mezi zástupci poskytovatelů a pojišťoven, seznámíme Vás s návrhy jednotlivých účastníků dohodovacího řízení, o kterých se hlasovalo, samozřejmě se zřetelem na parametry významné pro diabetologii.

### NÁVRH POSKYTOVATELŮ

- společná část vyhlášky: **za každý poskytovatelem vykázaný a pojišťovnou uznaný výkon 09543 se stanoví úhrada 30 Kč,**
- hodnoceným obdobím rok 2017, referenčním obdobím rok 2015,
- hodnota bodu ve výši **1,03 Kč,**
- **vzorec pro výpočet celkové úhrady částečně totožný se zněním vyhlášky pro rok 2016,**
- celková výše úhrady za výkon nepřekročí částku, která se vypočte takto:  
 $POPzpo \times PUROo \times 1,06$

*POPzpo: počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, nezapočtou se ti pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon 09513*

*PUROo: průměrná úhrada za výkony na 1 unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období, započítají se i pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon 09513*

- 1,06: koeficient navýšení o 6 % oproti roku 2015,*
- namísto části vzorce z roku 2016 upravující mimořádně nákladné pojištěnce – **zdravotní pojišťovna na základě žádosti poskytovatele zohlední navýšením konečné úhrady změny v rozsahu a struktuře služeb, které vedly k vyššímu podílu nákladnějších pojištěnců proti referenčnímu období,**
- výpočet maximální úhrady se nepoužije u posky-

- tovatelů, kteří ošetří v hodnoceném či referenčním roce **100 a méně** unikátních pojištěnců,
- **předběžná měsíční úhrada ve výši 1/12 ze 105 %** objemu úhrady za referenční období,
- regulační omezení za preskripci a vyžádanou péči až při překročení **110 %** průměrných úhrad za URČ v referenčním období,
- pokud poskytovatel ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců v referenčním nebo hodnoceném období (při kapacitě 30 hodin týdně) – pojišťovna nezahrne tuto odbornost do výpočtu regulace,
- liberační důvody u regulace preskripce, vyžádané péče a ZÚM a ZÚLP – **pokud pojišťovna neprokáže, že poskytovatelem užitý postup nebyl lege artis a že existuje stejně účinný, ale levnější postup (užitá indikovaná péče, ZÚM, ZÚLP, léčivé přípravky a zdravotnické prostředky), regulaci vůči poskytovateli nepoužije,**
- **uplatnění regulační srážky maximálně u 5 % poskytovatelů a to těch, u nichž je překročení nejvyšší,**
- nové ustanovení oproti vyhlášce 2016 – **povinnost pojišťovny v rámci měsíčního vyúčtování výkonů poskytovat informace o průběžných nákladech na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky, ZÚM, ZÚLP a vyžádanou péči poskytovatele.**

### NÁVRH SZP ČR (ZAMĚSTNANECKÉ POJIŠŤOVNY)

- hodnoceným obdobím rok 2017, referenčním obdobím rok **2015,**
- hodnota bodu ve výši **1,03 Kč,**
- **vzorec pro výpočet celkové úhrady částečně totožný se zněním vyhlášky pro rok 2016,**
- celková výše úhrady za výkony bez ZÚM a ZÚLP nepřekročí částku, která se vypočte takto:  $POPHOo \times PUROo \times 1,02$
- POPHOo: počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, nezapočtou se ti pojištěnci, na které vykázan pouze výkon 09513*

*PUROo: průměrná úhrada za výkony na 1 unikátního pojištěnce ošetřeného v referenčním období, nezapočítají se pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon 09513*

- 1,02: koeficient navýšení o 2 % oproti roku 2015, tedy o 1 % nižší než v roce 2016,*
- výpočet maximální úhrady se nepoužije u poskytovatelů, kteří ošetří v hodnoceném či referenčním roce **100 a méně** unikátních pojištěnců,
- **předběžná měsíční úhrada ve výši 1/12 ze 102,5 %** objemu úhrady za referenční období,
- regulační omezení za preskripci a vyžádanou péči při překročení 102 % průměrných úhrad za URČ v referenčním období,
- liberační důvody u regulace preskripce, vyžádané péče a ZÚM a ZÚLP doplněny o novou podmínku: regulační omezení se nepoužijí, pokud

poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejich základě došlo k překročení průměrných úhrad **a pojišťovna takovou nezbytnost uzná.**

### NÁVRH VZP ČR

- hodnoceným obdobím rok 2017, referenčním obdobím rok **2015,**
- hodnota bodu ve výši **1,03 Kč,**
- **vzorec pro výpočet celkové úhrady je totožný se zněním vyhlášky pro rok 2016, vyjma hodnoty koeficientu  $1,02 \times POPzpoZ \times PUROo + 1,02 \times \max [PUROo * POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$**
- 1,02: koeficient navýšení o 2 % oproti roku 2015, tedy o 1 % nižší než v roce 2016,*
- všechny další parametry jsou shodné s aktuální vyhláškou roku 2016, dokonce byla převzata i chyba, která ve vyhlášce pro rok 2016 v případě vystavení 50 % lékařských předpisů elektronicky stanoví jako „bonus“ uplatnění regulační srážky u preskripce až při překročení 101 % průměrné úhrady referenčního období (obecná hranice je však 102 %),
- v návrhu však **chybí ustanovení vyhlášky o úpravě hodnot průměrných úhrad v referenčním období pro případ změny nasmouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb,**
- úhrada výkonu 09543 nepřekročí referenční období, **referenčním obdobím pro tento účel je však navržen rok 2014.**

### ZÁVĚR

Z výše uvedeného je tak zřejmé, že návrhy poskytovatelů a plátců nejsou tak zásadně rozdílné, jako tomu bylo například v roce minulém, nicméně se liší v řadě jednotlivých (pro úhradu významných) parametrů, počínaje hranicí, která by měla tvořit maximální možnou celkovou úhradu, parametr, který je dle našeho názoru sám o sobě diskutabilní, nebáli bychom se jej označit za přímo protiústavní.

I když má na konci června proběhnout ještě závěrečné jednání, je již v podstatě zřejmé, že **parametry úhrad i pro rok 2017 pro sektor ambulantních specialistů stanoví opět Ministerstvo zdravotnictví formou úhradové vyhlášky.** Lze předpokládat, že z větší části budou podmínky úhrad podobné úhradovým mechanismům roku 2016. O dalším vývoji Vás budeme samozřejmě podrobně informovat.

Neváhejte se na nás kdykoliv obrátit na níže uvedený kontakt.

Přejeme Vám příjemné letní měsíce.

S úctou a pozdravem.

Pracovní skupina OSDA  
[pracovni.skupina@dacr.net](mailto:pracovni.skupina@dacr.net)