

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolte nám první číslo našeho newsletteru v roce 2018 věnovat krátkému seznámení s úhradovými mechanismy, které nám pro tento rok Ministerstvo zdravotnictví připravilo prostřednictvím úhradové vyhlášky č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení.

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.**

SPOLEČNÁ ČÁST VYHLÁŠKY

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.

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 uhrazenou za regulační poplatky v roce 2014.

ÚHRADA ZA VÝKONY

Pro naši odbornost 105 je k dispozici za výkony **15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta navýšená hodnota bodu 1,08 Kč** bez dalších omezení.

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.**

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.

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. Uvidíme, zda a v jaké míře budou úhradové dodatky zdravotních pojišťoven příznivější.

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.

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.**

V případě otázek na konkrétní specifika úhradových mechanismů na rok 2018 nás, prosíme, neváhejte kontaktovat.

S úctou a pozdravem
**Gastroenterologická asociace
České republiky, z.s.**