

NEWS

Newsletter pracovní skupiny OSDA



15. 12. 2013 12/2013

Vážení kolegové,

přiblížil se nám konec roku 2013 a i v tomto již druhém roce činnosti naší Pracovní skupiny OSDA se v rámci českého zdravotnictví a našeho oboru odehrála řada významných změn a událostí. Některé z nich proto považujeme za vhodné si na tomto místě připomenout.

ZMĚNY ROKU 2013

Úhradová vyhláška na rok 2013 č. 475/2012 Sb.

Vyhláška přinesla několik zásadních rozdílů ve srovnání s předchozími roky. Ve vzorci výpočtu objemu, ve kterém bude poskytnuta úhrada v plné hodnotě bodu, se objevil koeficient 0,98, který ve svém důsledku znamená, že v plné hodnotě bodu nebude hrazeno ani tolik bodů, kolik bylo vykázáno v referenčním roce, nýbrž jen 98 % z nich. Výchozím počtem bodů pro úhradu v plné výši 1,02 Kč navíc není celkový počet všech poskytovatelem vykázanych a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním roce 2011, ale jen ty z nich, které v referenčním roce nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu, tzn. body vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané v roce 2009, tedy 4 roky zpátky. Další významnou novinkou je změna zúčtovacího období z pololetí na celý kalendářní rok.

Změny v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vyhláškou č. 467/2012 Sb.

Touto vyhláškou byla provedena novelizace zdravotních výkonů jednotlivých odborností. V případě naší odbornosti 103 došlo k úpravě bodové hodnoty všech klinických vyšetření a dále proběhly i změny u některých univerzálních mezioborových výkonů.

Zavedení pozitivních listů a racionální preskripcie – tzv. semaforů

Institut pozitivních listů (první pozitivní list byl vytvořen v březnu 2013) je v určité podobě uplatňován již všemi zdravotními pojišťovnami působícími v České republice, projekt racionální preskripcie prostřednictvím „barevné“ kategorizace léčiv je realizován zatím pouze ze strany VZP. VZP však plánuje utlumení semaforů a přechod výhradně na pozitivní listy. Tyto systémy prozatím nemají oporu v českém právním řádu a vedle potenciálních ekonomických pozitiv s sebou nesou rovněž řadu otázek a problematických aspektů, a to zejména ve smyslu netransparentnosti zařazování léčivých přípravků na pozitivní list.

Novela zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, příprava nového zákona o zdravotnických prostředcích, nový občanský zákoník č. 89/2012 Sb.

Nejdříve významná změna zákona o regulaci reklamy, která byla následně zjevně, skončila svoji legislativní poutí před třetím čtením v Poslanecké sněmovně s ohledem na její rozpuštění ke dni 28. 8. 2013. Stejný osud potkal i nový zákon o zdravotnických prostředcích před jeho prvním čtením. Naopak v průběhu roku 2013 byla potvrzena významná změna soukromého práva prostřednictvím nového občanského zákoníku,

který vstoupí v účinnost dnem 1. 1. 2014.

Nález Ústavního soudu – nadstandardy, regulační poplatky a oprávnění pojišťoven sankcionovat lékaře

Ústavní soud svým nálezem zrušil k 5. 8. 2013 úpravu nadstandardů, k 1. 1. 2014 poplatky za hospitalizaci a dále oprávnění zdravotních pojišťoven ukládat sankce za nevybíráni či nesprávné vybírání regulačních poplatků za hospitalizace a za nabídnutí či poskytnutí plnění či jiných výhod pacientům v souvislosti s poskytnutím zdravotní péče či výdejem léku.

Přelomové rozhodnutí Ústavního soudu – protiústavnost úhradové vyhlášky 2013

Dne 22. 10. 2013 vydal Ústavní soud nález, kterým prohlásil úhradovou vyhlášku pro rok 2013 za protiústavní a současně rozhodl, že úhradová vyhláška pro rok 2013 se ruší uplynutím dne 31. 12. 2014. Protiústavnost byla shledána v nerovném postavení smluvních a nesmluvních poskytovatelů při proplácení úhrad za neodkladnou péči, v úhradě třetiny finančních prostředků po překročení stanoveného objemu péče a v regulačních srážkách jako sankce za překročení rozsahu péče, který poskytovatel nemůže ovlivnit.

Bezvýslednost dohodovacího řízení na rok 2014

Dohodovací řízení skončilo pro ambulantní specialisty s ohledem na naprosto odlišné požadavky jednájících stran opět nedohodou. Pravidla úhrady pro rok 2014 tedy opět stanoví Ministerstvo zdravotnictví svojí vyhláškou

NOVÁ ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA NA ROK 2014

V návaznosti na listopadový newsletter, v němž jsme základní parametry prvního návrhu úhradové vyhlášky na rok 2014 popsali, nyní můžeme po seznámení se s téměř finální podobou tohoto klíčového právního předpisu po připomínkových řízeních a projednání v Legislativní radě vlády konstatovat, že ministerstvo na jím původně navrženém způsobu úhrad setrvává a zapracované změny nijak významně situaci poskytovatelů nevylepší. Z pohledu naší odbornosti 103 jsme zaznamenali tyto významnější úpravy původního znění:

- **do počtu bodů dosažených v referenčním období** se započítávají **jen ty** body, které byly v referenčním období (v roce 2012) **uhrazeny v plné hodnotě bodu** – jedná se tak de facto o počet bodů dosažený v roce 2010, nově se nezapočítávají ani body za zdravotní služby poskytnuté zahraničním pojištěncům;
- **do počtu unikátních pojištěnců** se nezahrnují jen ti, na které byl vykázán pouze výkon telefonická konzultace (09513), naopak výkon minimální kontakt (09511) již není vyloučen. Toto pravidlo se použije jak při **výpočtu variabilní složky úhrady** (aplikuje se jen ve vztahu k hodnocenému období) tak v případě **výpočtu regulací;**
- poskytovatelé budou moci **ovlivnit výši hodnoty bodu** tím, že v případě, pokud

průměrný počet bodů na jednoho pojištěnce v hodnoceném období převyší hodnotu z období referenčního, bude možné **odůvodnit nezbytnost poskytnutí** takových **zdravotních služeb**, které nárůst průměru způsobily a tím dosáhnout situace, kdy tyto body „navíc“ nebudou do počtu bodů v hodnoceném období započítány. Tím může dojít v rámci aplikace matematického výpočtu hodnoty variabilní složky úhrady k jejímu zvýšení;

- poskytovatelé obdrží od pojišťoven **předběžnou měsíční úhradu ve výši 1/12** objemu úhrady za referenční období, vypadla možnost zvolit si úhradu dle měsíčně skutečně vykázanych bodů – tento způsob byl s ohledem na neznalost hodnoty bodu před koncem celého roku 2014 neaplikovatelný;
- do pro nás významného ustanovení o nemožnosti aplikovat regulace v případech, kdy poskytovatel odůvodní poskytnutou zdravotní péči, bylo nově vlozeno slovo **NEZBYTNOST** – je tedy třeba odůvodnit nezbytnost poskytnutí zdravotních služeb, které překročení referenční hodnot způsobily – patrná je tedy snaha postavení poskytovatelů při boji s regulačními ztížiti.

ROKU 2014

Již od začátku nového roku můžeme očekávat řadu změn, mezi ty významné bude zcela jistě patřit jmenování nového ministra zdravotnictví a s tím související oživení legislativního procesu, který byl několik měsíců v podstatě paralyzován.

Rok 2014 nám přinese důležitou odpověď na otázku, zda budou zdravotní pojišťovny uplatňovat za rok 2013 regulační mechanismy a v jakém rozsahu, případně, zda v rámci jejich aplikace přihlédnou k nálezu Ústavního soudu, který jim stanovil povinnost postupovat v intencích jeho nálezu, kterým regulační mechanismy v podobě uvedených ve vyhlášce na rok 2013 shledal protiústavními.

Pracovní skupina OSDA samozřejmě učiní maximum, aby v rámci výše uvedených změn a všech dalších očekávaných i neočekávaných událostí v příštím roce hájila naše společné zájmy, zájmy našich pacientů a byla pro náš obor oporou i rádcem.

POUR FÉLICITER 2014

Vážení kolegové, drazí přátelé, dovolte nám, abychom Vám poděkovali za Vaši laskavou a vstřícnou spolupráci a podporu v tomto roce a popřáli Vám, Vaším rodinám a všem Vaším pacientům příjemné vánoční svátky a do nového roku hodně zdraví, štěstí a osobní i pracovní spokojenosti.

Těšíme se na Vás v roce 2014.
Vaše Pracovní skupina OSDA