

Vážení kolegové,

dovolte nám, abychom se v rámci letošního třetího vydání newsletteru vrátili k dokončení přehledu úhradových dodatků, který byl náplní newsletteru předchozího, ve druhé části se věnovali aktuálnímu tématu možného zvýšení úhrad pro rok 2014 a na chvíli se zastavili i u jedné z otázek, kterou nám v posledních několika týdnech opakovaně kladete.

ÚHRADOVÉ DODATKY 2014 - DOPLNĚNÍ

VoZP

VoZP jako jediná zdravotní pojišťovna odkazuje v otázce hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení přímo na přílohu č. 3 vyhlášky na rok 2014 (č. 428/2013 Sb.): - tzn. hodnota bodu a ostatní vstupní hodnoty pro výpočet konečné hodnoty bodu jsou stanoveny vyhláškou (hodnota bodu HB ve výši 1,02 Kč, fixní složka úhrady FS ve výši 0,30 Kč a výsledná hodnota bodu HBred se stanoví následovně: HBred = FS + VS. V obecné rovině budeme této výpočty vysvětlovat v rámci semináře „**Novinky ve zdravotnické legislativě v roce 2014**“, který proběhne od 15 h v sále Elektra v Luhačovicích dne 9. 4. 2014, podrobněji Vás s nimi pak seznámíme v rámci připravovaných workshopů na seminářích Hlavalomů, - stejně tak platí vyhláškou daná možnost odůvodnění nezbytnosti péče s důsledkem nezařčení takových bodů do ukazatelů vzorce pro výpočet konečné hodnoty bodu a další mechanismy jako uplatnění regulace preskripce a indukované péče (při překročení 100 % referenčních hodnot), - u preskripce může být tedy regulační srážka až 40 % z překročení, stejně tak u indukované péče 40 %, - dodatek dále obsahuje nastavení měsíční předběžné úhrady ve stejné výši jako ve vyhlášce, tzn. ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za rok 2012.

Nad rámec vyhlášky dodatek obsahuje mimo jiné ustanovení, že pojišťovna navýší hodnotu bodu o 0,01 Kč při nasmlouvání přílohy č. 2 ke Smlouvě elektronicky přes Portál ZP, a to do 30. 11. 2014.

Dodatek dále obsahuje podobnou možnost navýšení úhrady jako v případě VZP, tzn. v případě splnění určitých vzdělávacích předpokladů a to při splnění 16 kreditů v rámci kontinuálního vzdělávání. Dle našeho názoru je však i v tomto případě z pojišťovnou předloženého znění nejasné, jak bude tato podmínka řešena v případě, pokud má poskytovatel na pracovišti v dané odbornosti více lékařů.

Návrh dodatku považujeme v obecné rovině za přijatelný, nicméně jako v případě našich předchozích závěrů k úhradovým dodatkům je nezbytné posoudit konkrétní referenční hodnoty, včetně měsíční předběžné úhrady a tyto zkontrolovat, tzn., zda návrh ze strany VoZP v těchto hodnotách odpovídá vyúčtování za rok 2012.

DALŠÍ MOŽNOST ZVÝŠENÍ PŘÍJMŮ PRO AMBULANTNÍ SPECIALISTY

Na základě nejnovější dohody mezi ČLK a VZP bylo dosaženo další možnosti pro ambulantní specialisty jak navýšit výslednou hodnotu bodu za rok 2014 a to navýšením počtu referenčních bodů (PBref) ze strany VZP oproti úhradové vyhlášce o 50 % těch bodů, které byly v roce 2012 uhrazeny pojišťovnou ve snížené hodnotě.

Vyhláška na rok 2014 totiž stanoví, že do referenčního období budou zahrnuti pouze ty body, které nebyly uhrazeny ve snížené sazbě, čím se finančně znevýhodňuje postavení zejména těch poskytovatelů, kteří ve svých výkonech mezi roky 2010 a 2012 rostli.

Dohoda se týká všech ambulantních specialistů, kteří podepíší dodatek VZP v podobě, ve které byl poskytovatelům předložen, tzn. včetně záloh ve výši 98 %. Tyto dodatky výše uvedené navýšení neobsahují, toto ujednání by mělo být na základě gentlemanské dohody mezi VZP a ČLK zohledněno ze strany pojišťovny v rámci vyúčtování za rok 2014.

OTÁZKY A ODPOVĚDI – NOVÉ VÝKONY V HODNOCENÉM OBDOBÍ

S blížícím se termínem doručení vyúčtování za rok 2013 se na nás obracíte s různými otázkami na téma výsledné úhrady, kontroly vyúčtování, regulačních mechanismů i **řešení konkrétních situací, například jakým způsobem postupovat, pokud byly nasmlouvány nové výkony, které jste neměli v období referenčním.**

Vyúčtováním a případně uplatněnými regulačními mechanismy za rok 2013 se budeme zabývat v následujících newsletterech, dnes si však dovolíme poskytnout několik informací k otázce postupu vůči zdravotním pojišťovnám při vyúčtování zdravotních služeb, a to při rozdílech způsobených nasmlouváním nových výkonů, které nebyly vykazovány v období referenčním.

V případě, že máte v hodnoceném období (v daném případě tedy pro rok 2013) nasmlouvány nové výkony (př. výkon 01445 - stanovení glykovaného hemoglobinu HbA1c v ambulanci, výkon 13075 - kontinuální monitorování glyké-

mie pomocí senzoru a další), které jste v období referenčním (v daném případě tedy v roce 2011) nasmlouvány neměli, je zřejmé, že se tato diskrepance **může negativně promítnout do celkové úhrady zdravotní péče (úhrady za tyto výkony), jejíž část může být, za předpokladu překročení objemu referenčního období, uhrazena ve snížené sazbě za 0,30 Kč.**

Pro takový případ doporučujeme **využít možnost danou vyhláškou** (případně smlouvou o poskytování a úhradě zdravotních služeb), která v příloze č. 3, písm. A., odst. 3 stanoví, že *u poskytovatele, u kterého oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů ve výsledném vzorci výpočtu (PBro) navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.*

V daném případě navrhujeme zdravotní pojišťovnu požádat o poskytnutí sestav frekvence výkonů za hodnocené období (2013) a na jejich základě **přímo o vyjmutí všech bodů nového výkonu z průměru hodnoceného období a o jejich úhradu v plné výši bodu, tedy 1,02 Kč.**

Tento postup je dle našeho názoru možné dle konkrétních okolností aplikovat i v případě, že nový výkon byl nasmlouván už pro období roku 2012.

Pokud Vám příslušná zdravotní pojišťovna nový výkon nasmlouvala za podmínky Vašeho souhlasu s tím, že na výkon nebude v rámci úhrad pohlíženo jako na nový, případně, že bude výkon zařazen do vyžádané péče, bude výsledná úhrada otázku celkového objemu poskytnutých zdravotních služeb a případná regulační srážka bude záviset i na frekvenci nového výkonu. I v tomto případě je možné se na zdravotní pojišťovnu obrátit s výše uvedeným postupem a požádat, aby tato limitace na úhradu nového výkonu zohledněna nebyla, případně i s doplněním dalších podpůrných argumentů, jako je například medicínská výhodnost takového výkonu pro pacienty, případně jeho finanční výhodnost pro zdravotní pojišťovnu ve smyslu úspory prostředků veřejného zdravotního pojištění.

S ohledem na odlišnosti mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami v přístupu k této problematice jsme samozřejmě připraveni Vám být s výše uvedeným postupem nápomocni. Neváhejte se nás, prosíme, kdykoliv obrátit.

Děkujeme Vám za Vaši spolupráci.

Pracovní skupina OSDA