**Návrh ANČR na úhradu akutní lůžkové péče v roce 2015**

(pro dohodovací řízení v roce 2014)

Úhradový mechanismus

Pro srovnatelnost s úhradami v roce 2014 se navrhuje zachovat úhradový mechanismus obsažený v úhradové vyhlášce pro tento rok (č. 428/2013 Sb.). Zachování úhradového mechanismu usnadní přípravu i modelaci úhrad podle nové úhradové vyhlášky.

Zachování úhradového mechanismu však nebrání parametrickým změnám některých ukazatelů ve vyhlášce, které by měly vést ke zjednodušení výpočtu úhrad, k jednoznačnému výkladu a případně i odstranit některé z nespravedlností. Změna úhradového mechanismu zavedeného v roce 2014 by vedla opětovně k rozdílu mezi úhradami jednotlivých zdravotních pojišťoven (individuální cena bodu, individuální základní sazba).

Předpoklady

Podle dostupných informací dojde mezi roky 2014 a 2015 k následujícím změnám

* bude zrušen regulační poplatek za recept a klinické vyšetření
* nadále nebude hrazen regulační poplatek za pobyt v nemocnici
* budou navýšeny mzdy o dalších 5% (cca 2.5% celkových nákladů)
* budou navýšeny minimální počty pracovníků (zatím není zřejmé o kolik)
* inflace vzroste o další 2% (odhad dle sdělení ČSÚ)

Referenční období

Jako referenční období navrhujeme rok 2013. Rok 2012 není vhodný z důvodu značných změn ve struktuře poskytované péče a úpravám v klasifikaci DRG (změna pravidel, zavedení nových markerů atd.).

Parametrické změny v úhradách

Při zachování úhradového systému z roku 2014 se navrhuje provést tyto změny v následujících parametrech (předpokladem je ponechání Kpp a Ksp na úrovni roku 2014):

**Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady**

1. Balíčky v úhradové vyhlášce nevyčleňovat a hradit je pomocí DRG. Ponechat možnost dohody mezi plátcem a poskytovatelem jiným způsobem.
2. U léčivých přípravků vázaných na specializovaná centra je referenčním obdobím rok 2014. Neomezuje se počet odléčených měsíců, pouze počet léčených pacientů a úhrada za měsíc léčby:
* u vrozených vad hradit bez limitu nebo po schválení RL (malý počet nemocných)
* u chronických center hradit 100% ceny za odléčený měsíc, max. pro 110% URČ proti ref. období
* u akutních center hradit 100% ceny za odléčený měsíc, max. pro 105% URČ proti ref. období
* LP Glivec přesunout z akutních center do chronických (léčba a užívání trvá roky)
* nové indikace, ATC skupiny a centra s malým počtem nemocných (méně než 10 RČ pro jednu dg.) – hradit bez limitu nebo po schválení RL

**DRG - základní sazba**

1. Tzv. technickou základní sazbu ze současných 22 000 Kč zvýšit na 23 892 Kč.
2. Kompenzovat zrušené regulační poplatky za pobyt v nemocnici (viz dále).
3. Riskkoridor pro IPU stanovit vzhledem k nárůstu základní sazby na 102-150% úhrady v referenčním období (původně 97-150%).

**Ambulantní péče**

1. Zjednodušit úhradu ambulantní péče
* hradit vždy s plnou cenou bodu (desítky až stovky limitů, obtížné sledovat a řídit, není bonifikace při nedočerpání, jen sankce při přečerpání)
* zrušit regulaci na externí vyžádanou péči (v průběhu roku nelze sledovat, jaký objem ostatní poskytovatelé vykazují)
* navýšit limit maximální úhrady na 120% (další přiblížení k ambulantním specialistům, kteří tento limit nemají)
* objem preskripce regulovat na globální URČ ze všech receptů/poukazů (tedy nikoliv po IČP a odbornostech)
1. Navýšit hodnotu bodu u ambulantních specialistů o 6% proti referenčnímu období.
2. Kompenzovat zrušené regulační poplatky za klinické vyšetření a výdej receptu (viz dále).

**Následná péče**

1. Navýšit úhradu za ošetřovací den o 8% proti referenčnímu období.
2. Kompenzovat zrušené regulační poplatky za pobyt v nemocnici (viz dále).

**Léčivé přípravky pro léčbu hemofilie**

Podle stávající úhradové vyhlášky se vyjímají z platby případovým paušálem a z regulace maximální možné úhrady ambulantní péče. Vzhledem k různým výkladům doporučujeme upřesnit, že v hodnoceném období budou hrazeny bez limitu podle množství a ceny vykázané PZS.

**Ústavní pohotovostní služba**

U výkonu 09563 navýšit bodovou hodnotu na 300 bodů (původní hodnota 200 bodů pochází z roku 2009) a hradit s hodnotou bodu 1 Kč. Tuto péči nezahrnovat do regulace ambulantní péče.

**Prediktivní diagnostika**

U výkonů prediktivní diagnostiky 64201, 87696 a 94200 neuplatňovat žádné regulace (degresivní cena bodu, limit na vyžádanou péči, celkový objem ambulantní péče). Jde o výkony, které ověřují účinnost nákladné cílené léčby před jejím zahájením a jejich provedení je podle indikačního omezení SÚKLu povinné.

**Preventivní péče**

Výkony preventivní péče v rámci screeningů kolorektálního karcinomu, karcinomu hrdla děložního a nádorů prsu hradit v rámci samostatných odborností bez regulace degresivní cenou bodu, nad rámec celkového objemu ambulantní péče a limitů vyžádané péče.

**Regulační poplatky**

U výkonu 09543 navýšit bodovou hodnotu na 30 bodů, u výkonu 09544 navýšit bodovou hodnotu na 100 bodů a hradit s cenou bodu 1 Kč. Tuto péči nezahrnovat do regulace ambulantní péče.