

# Úhrada za poskytnutou péči v roce 2010

MUDr. Jiří Běhounek  
hejtman kraje Vysočina

## Obsah prezentace

- Realita – co máme resp. nemáme
- Představa – co chceme
- V roce 2010 alespoň kompromis?

## Současný stav

- Každý rok se mění úhradová vyhláška, chybí prostor pro plánování
- Kraje nemají vliv na stanovení výše úhrad za poskytovanou péči
- Nejsou definované standardy (péče v okresních , fakultních nemocnicích)
- Není definovaná síť (síťotvorné parametry, superspecializovaná péče apod.), zdravotní pojišťovny jako objednavatel péče v tvorbě sítě selhaly

## Historie úhrad

- Každý rok se mění úhradová vyhláška, chybí prostor pro plánování
  - 1992 - Výkonový systém – růst výkonů bez omezení
  - od 1.7.1997 globální paušál – stanovené podmínky (min. počet bodů, regulace předepsaných léčiv)
  - paušál na unicitní rodné číslo
  - Od 1.1.2003 – 31.12.2004 bez změny
  - Od 1.1.2005 – paušál založený na hodnotě referenčního období (nárůst udávala příslušná vyhláška pro pololetí či rok, včetně regulačních omezení)
  - Od 1. 1. 2008 – paušál, „balíčky“, DRG, výkonový systém (mění se poměr těchto složek a regulační opatření)

## Současný stav

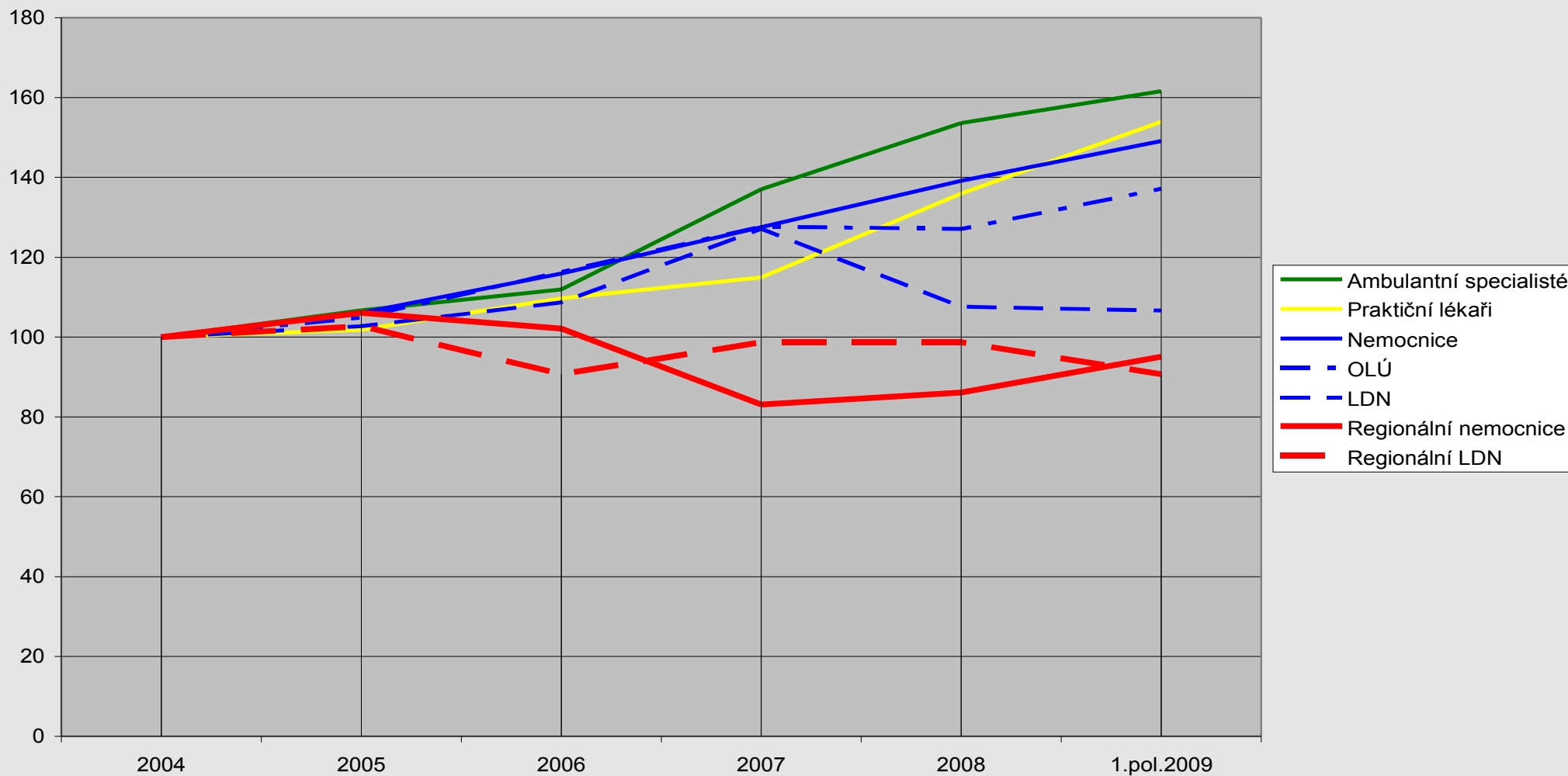
- Naprosto nevhodná doba, kdy se nemocnice dozví, jak budou v aktuálním období financované
- příklad financování jedné z nemocnic zřizované krajem Vysočina z r. 2009
  - zveřejnění úhradové vyhlášky – **30.12.2008**
  - předložení návrhů dodatků na financování od zdravotních pojišťoven nemocnicím – **druhá polovina června 2009**
  - vyúčtování předchozího období 2008 pro stanovení základny pro výpočet období aktuálního – **červenec 2009**
  - podepsání smlouvy po vyjednávání – **třetí dekáda září 2009**
  - přepočítání základny pro stanovení výše předběžné úhrady 2009 – **říjen 2009**

**Tedy až v posledním čtvrtletí roku 2009  
vedení nemocnic ví, jaké finanční prostředky  
obdrží za poskytnutou péči při splnění všech  
ustanovení smlouvy**

## Neměříme všem stejně - ekonomika

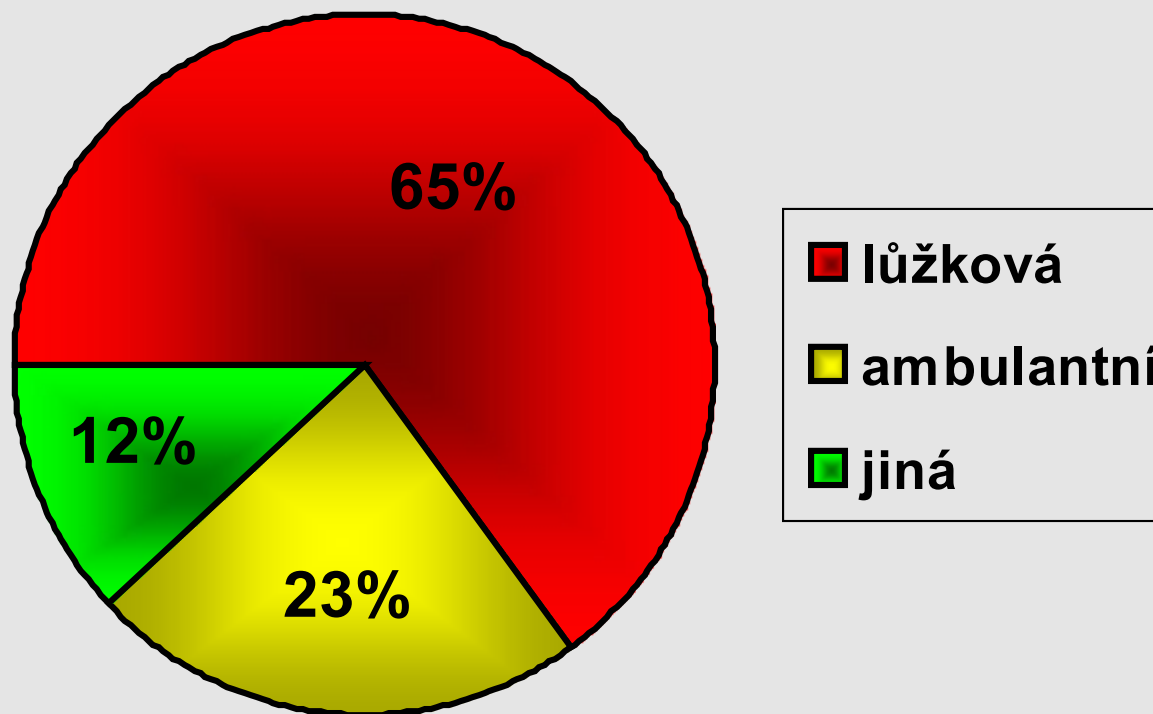
- Současný systém financování má historickou vazbu na období ovlivněné
  - produkcí bodů dle seznamu výkonů
  - sledování unicitních rodních čísel
  - různé kategorie nemocnic
- Nejednotný systém
  - napříč pojišťovnami (malé pojišťovny vs. velké)
  - mezi různými typy zdravotnických zřízeních (nemocnice, ambulantní specialisté, samostatné laboratoře a diagnostika...)
  - krajské nemocnice vs. fakultní (rozdíl v základních sazbách)

Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v regionálních nemocnicích  
(index rok 2004=100 %)



- Složitě, neprůhledně souběžné financování
  - Paušál – vliv způsobu vykazování z minulosti
  - Balíčky – nevíme, zda je cena stejná napříč nemocnicemi
  - Výkonový systém – ambulantní výkony, dialýza
  - DRG – nejednotná základní sazba, jiná pro fakultní a jiná pro okresní nemocnice





## Pravidla!!!!

- jasná
- čitelná
- srozumitelná
- stejná pro všechny bez výjimky
- publikovaná v dostatečném předstihu
- platná na delší dobu
- kontrolovatelné výstupy

- Vytvořit síť
- Stabilizovat zdravotnická zařízení personálně
  - zjednodušit způsob vzdělávání odborníků
  - akreditační pracoviště
- Efektivně hospodařit
  - společné nákupy
  - otevřený lůžkový fond
  - jednodenní péče
  - zdravotně-sociální lůžka

- Klasifikační systém DRG a jeho využití pro úhrady zdravotní péče
  - zákonné ukotvení
  - podpora kultivace DRG
  - koordinovat vývoj DRG a vývoj Seznamu výkonů
  - deklarování principů, podle kterých bude upravována základní sazba
  - vytvoření podmínek pro včasnou proveditelnost výpočtu parametrů DRG
  - zavedení dvouleté periody pro implementaci významnějších změn
- Urychlit proces sblížování základních sazeb pro jednotlivá zdravotnická zařízení – cíl je dosažení jednotné základní sazby pro všechna zařízení (stejná péče je ve všech typech zařízení hrazena „stejně“)
- Připravit metodiky a řešení pro
  - sestavení hospitalizačního případu v nemocnici
  - definici a vykazování extramurální péče

- legislativní podpora otevřeného lůžkového fondu
- zjednodušit podmínky pro poskytování jednodenní péče
- nevázat smlouvy se zdravotními pojišťovnami na počet lůžek (vliv restrukturalizace na financování – důvod proč ji provádět)
- definovat jasné a konkrétní požadavky ze strany zdravotních pojišťoven
- definovat standardy pro diagnostiku a léčbu pacientů a legislativně je ukotvit
- reálná možnost přístrojového a personálního vybavení

**Bude v roce 2010  
dosaženo  
alespoň kompromisu?**

## Co jsme chtěli a co bylo v konečném důsledku dosaženo

- Jako referenční období použít rok 2009.
  - » Výsledek - neakceptováno
- V případě, že bude jako referenční období použit rok 2008 (u všech typů péče), nezohledňovat období, kdy byla data předložena zdravotním pojišťovnám.
  - » Výsledek - akceptováno částečně - termín posunut o 2 měsíce.
- V tomto případě je nutný nárůst plateb oproti roku 2008 o cca 10%.
  - » Výsledek – neakceptováno
- Regulační mechanismy
  - » Výsledek – akceptováno snížení limitu CM ze 100 % na 98 %

## Co jsme chtěli a co bylo v konečném důsledku dosaženo

- Stanovit jasná pravidla pro stanovování cen individuální péče, nepovolit podmiňování této péče ze strany zdravotních pojišťoven maximálním počtem provedení.
  - » Výsledek - neakceptováno
- Minimálně zachovat stávající hodnoty za bod u ambulantní péče.
  - » Výsledek - akceptováno
- Odstranit (nebo alespoň navýšit přibližovací koeficient základní sazby v DRG složce minimálně na hodnotu 0,4 – 0,5) - tím by došlo k uplatnění stejných pravidel pro fakultní a pro krajské nemocnice.
  - » Výsledek - neakceptováno



## Co jsme chtěli a co bylo v konečném důsledku dosaženo

- Přeformulovat text v příloze č 1 bod D) Navýšení úhrady - nepodmiňovat navýšení úhrady těm zdravotnickým zařízením, které překračují požadavky na personální, věcné a technické vybavení stanovené seznamem výkonů a vyhláškou o technických a věcných požadavcích /která však není dispozicí/, protože z návrhu nevyplývá co je nutno splnit a kterých kategorií zdravotníků se to týká, nýbrž uplatnit toto navýšení vždy.
  - » Výsledek - akceptováno
- Stanovit vyhláškou výši předběžné úhrady ve výši předběžné měsíční úhrady poskytované v roce 2009.
  - » Výsledek - neakceptováno
- Stanovit hodnotu dle dohodovacího řízení u záchranné služby na 1,06 Kč.
  - » Výsledek - akceptováno

## Co z toho plyne pro krajské nemocnice?

- Přesunutím dalších skupin výkonů z alfy do individuální složky budeme vystaveni diktátu pojišťoven o ceně a počtech. **Záleží na pojišťovně, jak k úhradám přistoupí, zda bude limitovat počty, cenu apod.** (týká se to kromě TEPEk a katarakt i karpálů, ligatury a strippingu cév, laparoskopické kýly, laparoskopické cholecystektomie, artroskopií, dilatací, kyretáže a konizací)
- zvláště negativní dopad bude mít stanovené referenční období **na předepisování léků a zdravotnických prostředků pro pojištěnce**. Nárůst cen léků se nepodařilo zastavit, v roce 2010 navíc **dojde k nárůstu DPH. Regulace je nastavena na celkovou úhradu, není vázáná na faktický objem** a proto hrozí při navrhované regulaci snížení objemu předepisovaných léků o nárůst jejich cen za roky 2009 a 2010.

## Co z toho plyne pro krajské nemocnice?

- Úhradový systém stanovený pro rok 2010 diskriminuje menší nemocnice (nasmlouvané malé objemy péče), navíc individuálně sjednaná úhrada za vybrané diagnózy (tzv. balíčkové ceny) omezují regionální nemocnice v jejich poskytování.
- Způsob úhrady je zbytečně složitý, pro každý segment stanoveny jiné částky, nerovnoměrné přidávání. Umožňuje nejednotný výklad zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče, výpočty úhrad neprůhledné, zdravotnická zařízení si nemohou zkontrolovat rozhodnutí

**Děkuji za pozornost**