

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v rámci nového newsletteru bude naším tématem **vývoj v oblasti úhrad zdravotních služeb za několik posledních let.**

Pro poskytovatele zdravotních služeb působící v segmentu ambulantních specialistů, nejčastěji v pozici „soukromého lékaře“, lhotejno zda v právní formě fyzické osoby či osoby právnické, je **každý rok významné, jaký úhradový systém bude na následující období stanoven.**

Jedná se totiž o klíčový parametr, který zásadním způsobem ovlivní to, zda poskytované zdravotní služby přinesou lékařům - poskytovatelům za odvedenou vysoce kvalifikovanou práci také odpovídající odměnu.

Jak jsme si již v posledních letech zvykli, **pro náš segment stanovuje úhradový mechanismus téměř výlučně ministerstvo zdravotnictví ve formě tzv. úhradové vyhlášky**, neboť v rámci každoročního **dohodovacího řízení** mezi zástupci poskytovatelů a platců zdravotních služeb se nedaří dosáhnout dohody na modelu, který by byl akceptovatelný pro obě strany.

Dohoda odchylná od úhradové vyhlášky, která se sjednává ve formě tzv. **úhradového dodatku** k uzavřené smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb, pak v praxi nebývá zásadním způsobem odlišná od textu úhradové vyhlášky. Zdravotní pojišťovny zpravidla nabízejí jen drobné (jednoprocentní či jednohaléřové) navýšení vstupních ukazatelů pro výpočet konečné úhrady za příslušný kalendářní rok, úhradový princip (vzorec) však zůstává v podstatě totožný s tím vyhláškovým.

Za poslední roky se náš úhradový systém neustále mění a postupně směřuje k **fixaci úhrad ve vztahu k tzv. referenčním hodnotám**, které jsou představovány dosahovanými výkony toho kterého poskytovatele vždy o dva roky zpátky (například pro rok 2017 je referenčním rokem rok 2015). Současně také dochází k tomu, že **úhradový systém přestává brát ohled na případný nárůst pracovní síly či složitosti poskytovaných zdravotních služeb**, resp. tento fakt se neodráží ve vyšší výsledné úhradě vyplacené lékařům na základě ročního vyúčtování.

Samotní poskytovatelé se přitom dostávají do složité situace právě již tím, že způsob výpočtu výsledné úhrady se mění téměř každý rok a skutečnosti pro výpočet výsledné úhrady významné před několika málo lety postupně význam ztrácejí a na vyšší finančního výsledku ordinace nemají valný vliv.

Pojďme se společně podívat na to, jak se nám úhradový vzorec přetvářel až do dnešní podoby:

- **Roky 2010 – 2012** – byla stanovena základní hodnota bodu ve výši 1,02 Kč a ta byla aplikována až do limitního počtu bodů, který byl u každého poskytovatele individuální. Po

dosažení tohoto limitního počtu bodů byly zbývající body v hodnoceném roce vykázány a pojišťovnou uznané hrazeny ve snížené sazbě 0,30 Kč/bod.

- **Rok 2013** – základní i snížená sazba hodnoty bodu zůstaly stejné, změnil se ale způsob výpočtu limitu pro plnou úhradu a to tak, že limitu bylo dosaženo dříve (tedy ve snížené sazbě bylo uhrazeno větší procento řádně vykázanych a uznaných bodů, než tomu bylo v letech 2010-2012). Tento systém výpočtu úhrady za zdravotní služby byl v roce 2013 Ústavním soudem shledán jako protiústavní, úhradová vyhláška na rok 2013 byla zrušena a Ústavní soud ministerstvu uložil nalezení spravedlivějšího úhradového systému.

- **Rok 2014** – ministerstvo v reakci na nález Ústavního soudu přišlo se zcela novým způsobem výpočtu výsledné úhrady a to cestou jednotné hodnoty bodu, platné po celé hodnocené období, která se prostřednictvím složitého matematického vzorce individuálně vypočetla pro každého poskytovatele v závislosti na mnoha vstupních proměnných. Součástí úhradového mechanismu však byla velice důležitá možnost odůvodnit zdravotní služby poskytnuté nadprůměrně nákladným pacientům a tím dosáhnout navýšení hodnoty bodu a tedy i celkové úhrady za rok 2014.

- **Rok 2015** – byl zachován stejný mechanismus (složitý výpočet individuální hodnoty bodu) jako v roce 2014, z vyhlášky však již byla bez náhrady odstraněna možnost odůvodnit péči poskytnutou nadprůměrně nákladným pacientům, čímž bylo znemožněno reagovat na odůvodněné případy, kdy měla být odvedená práce navíc také uhrazena.

- **Roky 2016 a 2017** – zatím poslední změna metody výpočtu výsledné úhrady, tentokrát je základem jednotná a po celý rok jediná sazba hodnoty bodu (1,03 Kč/bod), řádně vykázány a zdravotní pojišťovnou uznané výkony (body) jsou touto sazbou hrazeny až do dosažení pevného, nepřekročitelného „stropu“, kterým je, přepočteno na jednoho pacienta, 103 % (letos 103,5 %) průměrné úhrady na jednoho pacienta v referenčním roce. Přes zdánlivě garantovaný nárůst úhrady o 3 % resp. 3,5 % oproti roku referenčnímu je skutečností, že v případě potřeby náročnější či nákladnější péče (což je zpravidla dáno zdravotním stavem pacientů v péči toho kterého lékaře) a tedy při překročení referenčních průměrů, nebudou již body nad stanovený strop uhrazeny vůbec.

Jak je vidět, orgány státní správy působící v oblasti zdravotnictví neustále hledají cestu, jak dosáhnout rovnováhy mezi omezenými zdroji na úhradu zdravotních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění na straně jedné a v podstatě neomezeně rostoucími výdaji, které se na tuto péči každoročně spotřebují, na straně druhé.

Regulace plateb poskytovatelům zdravotních služeb za vykázanou zdravotní péči či za předepsané léčivé přípravky a vyžádanou péči je jedním z nástrojů, který funguje. **Správná je její aplikace v případech nedůvodného vynakládání prostředků ze systému veřejného zdravotního pojištění. Nemělo by se však jednat o nástroj jediný, automaticky aplikovaný na všechny poskytovatele bez rozdílu a bez ohledu na důvody, pro které k růstu nákladů na zdravotní služby dochází;** mimo jiné i proto, že možnost poskytovatelů ovlivnit výši nákladů, při současném plnění povinnosti léčit lege artis dle aktuálního zdravotního stavu pacienta, je často velmi omezená.

Za významný a pro poskytovatele zdravotních služeb jistě alarmující fakt proto považujeme to, že vývoj úhradových systémů zejména v posledních dvou letech přestává brát ohled na nikoliv ojedinělé případy, kdy náklady na zdravotní péči nad referenční hranici rostou zcela důvodně.

Příčin, pro které k takovému nárůstu nákladů v praxi dochází, je hned několik. V první řadě jde o celkem běžné případy, kdy lékař do péče přebere více náročné pacienty – náklady na ně vynaložené navyšují průměrnou nákladnost na jednoho pacienta a současně tím způsobují snížení průměrné úhrady poskytovateli. Další příčinou je neustálý rozvoj medicíny, ať již ve smyslu rozvoje postupů lege artis, či v podobě zavádění stále dokonalejších léčebných či diagnostických metod a přístrojů nebo nových léčiv, které umožňují stále efektivnější a účinnější léčbu, zpravidla však „vykoupenou“ zvýšenými náklady na ni vynakládanými. Podobný efekt pak může způsobit i meziroční navýšení bodové hodnoty u některých výkonů (například občasné navýšení režie u vybraných výkonů) – navýšení úhrady za výkony je nepochybně pozitivním krokem, bohužel, nastavený úhradový mechanismus ono navýšení degraduje tím, že výpočtový vzorec s ním nepočítá a poskytovatel na navýšenou úhradu nakonec nedosáhne.

Naším společným cílem pro roky budoucí by tak měly být úhradové mechanismy se spravedlivějším řešením, které postavení lékaře – poskytovatele vylepší a nebojme se říci, ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám jako našim smluvním partnerům, zrovnoprávní. Pro dosažení tohoto cíle však bude třeba, ideálně společně, vyvinout patřičné úsilí zaměřené směrem k příslušným orgánům a autoritám.

Neváhejte se na nás kdykoliv obrátit na níže uvedené kontakty.

Pracovní skupina OSDA
pracovni.skupina@dacr.net