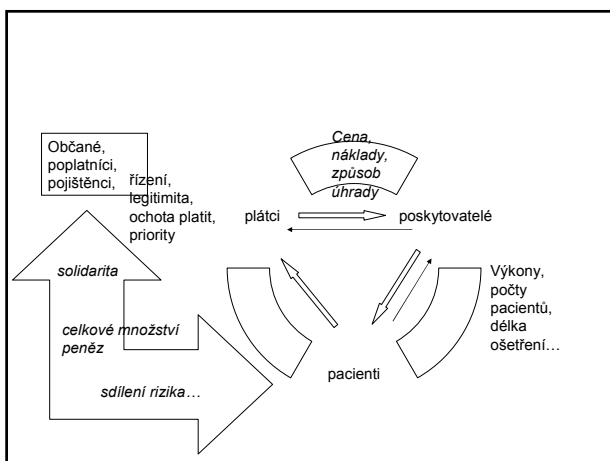


Financování zdravotnických služeb

Řešení problému omezených zdrojů

Osnova

- Přímé a nepřímé financování (platby třetí stranou)
- Modely financování (*financing*)
- Formy úhrad poskytovatelům (*reimbursement*)



Způsob financování

Nepřímé financování (třetí stranou)

- veřejné rozpočty
- veřejné pojištění
- dobrovolné pojištění
- zaměstnanecké poj.
- Charita
- Zahraniční pomoc

Přímé financování

- platby příjemců služeb

modely

- Podle převažujícího způsobu TVORBY ZDROJŮ (jen tvorby – neříká ještě nic o tom, co se s prostředky děje potom...)
- Liberální (soukromé x zaměst. poj.)
- Bismarck (veřejné pojištění)
- Beveridge (NHS, z daní a veř. rozpočtů)

Břemeno omezení zdrojů

- *Někdo* musí činit alokační rozhodnutí, ve kterých provádí výběr alternativ s cílem „vejít se“ do rozpočtového omezení.
- Nutnost být konfrontován s omezeností zdrojů je *břemenem*, kterého se subjekty různými cílevědomými akcemi snaží zbavit. Pokud není kompenzováno, snižuje jejich užitek.

- Obecně existují dvě cesty, kterými mohou subjekty dosáhnout snížení tohoto břemena:
 - Mohou (nějak) dosáhnout navýšení zdrojů a tím zmírnění rozpočtového omezení (zmenší se množství variant, které jsou nedosažitelné) nebo
 - přenesou nutnost konfrontace na někoho jiného

Otevřené x uzavřené systémy financování

| | otevřený | uzavřený |
|----------|----------|----------|
| otevřený | 1 | 2 |
| uzavřený | 3 | 4 |

- Makroúroveň – systém jako celek
- Mikroúroveň - poskytovatelé

- 1 (OO) zdravotnictví v minulosti, přímé platby pacientů a jejich rodin
- 2 (OZ) nepoužívá se
- 3 (ZO) třetí strana + fee for service (omezenost zdrojů na bedrech plátců)
- 4 (ZZ) třetí strana + platby předem (rozloženo i na poskytovatelích)

4 úrovně konfrontace s omezeností zdrojů

- Plátcí (pojišťovny)
- Poskytovatelé
- Pacienti
- Vláda

Metody úhrad

S vazbou na výkon

- Podstatné je, jak je výkon definován – vliv na ekonomické chování poskytovatelů
- $TR = \sum P_b \cdot N_b$

Bez vazby na výkon

- „Historické náklady“ (pokud to fungovalo v minulosti, bude to i teď...)
- ČR v minulosti

Možné definice výkonu1

| Základna | Výklad | Příklad |
|---------------------------|--|---|
| Poskytované služby | | |
| a. Kus | Jednotlivá položka služby | nákladová služba, Lékařovy úkony, léky, pomocné služby, prádlo, strava... |
| b. Příklad | Všechny služby spojené s jednotlivým režimem | soubor úkonů (péče o matky) DRGs |
| c. Den, běžné | Všechny běžné služby spojené s poskytováním v souvislosti s hospit. | Obvyklá základna u nemocnic a sanatorií |
| d. Den, včetně | Všechny služby (obslužné i léčebné) poskytované za den hospitalizace | některé nemocnice v USA |

Možné definice výkonu 2

| Základna | Výklad | Příklad |
|-------------------------|--|--|
| Počet pacientů | | |
| a. Léčených | Stejná základna bez ohledu na rozdíly v použitých zdrojích | jen vzácně např. péče pro chudé podle starých britských zák.) |
| b. Vyléčených | platí se jen za uzdravení | v současnosti se nevyskytuje: honoráře starých Čínských lékařů |
| c. Zaregistrovaných | Ať již bylo nebo nebylo poskytnuto léčení | HMOs, prakt. lékaři v Británii |
| Čas | | |
| a. Doba léčení | Skutečná odpracovaná doba v minutách či hodinách | kalkulační vzorec bodu u nás |
| b. Připravenost k léčbě | Smluvně dohodnutá doba, specifikovaná jako prac.hodiny týdně, či týdnů ročně | základ pro platy zdrav. pracov. |

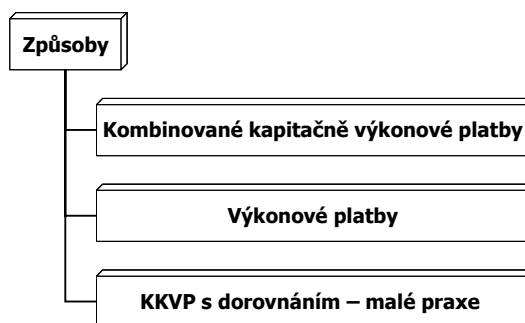
Stanovení výše úhrady (P)

| Úhrada podle: | Výklad |
|---|--|
| Ceny (poplatku, honoráře) | |
| Jednotlivého poskytovatele služby | Ceny stanovené lékařem nebo zařízením |
| Tržní | Ceny dány nabídkou a poptávkou v daném území nebo stanoveny jako určitý percentil z cen individuálních poskytovatelů služeb |
| Administrativní | Ceny stanoveny státem resp. plátcem, nebo výsledkem dohádovacího řízení |
| Relativní hodnotou | výkony jsou oceněny body, násobenou hodnotou bodu dává výslednou cenu |
| Nákladů | |
| historických, jednotlivého poskytovatel | Prověřované náklady za určité minulé období (rok) |
| očekávaných, jednotlivého poskytovatele | Historické náklady promítnuté do budoucnosti podle nějakého stanoveného vzorce |
| rozpočítaných, jednotlivého poskytovatele | Forma určování budoucích nákladů poskytovatele založení na rozpisu jednotliví rozpočtových položek |
| normativy | Platby jsou svázány s nákladovými ukazateli zařízení tříděných dle geografického rozložení, druhů nabízených služeb, nebo dalších charakteristik |

Úhrady za poskytování péče

- Vyhl. 550/2005 Sb.
- Platná od 1.1.2006 – významné změny pro soukromé lékaře a preskribci → nespokojenost a stávky lékařů → novela od 1.4.2006 (bude platit od druhého čtvrtletí, nebo zpětně od ledna??), která zmírňuje „tvrdost“ vyhlášky

Praktičtí lékaři



Kapitace

- = počet registrovaných pojištěnců x příslušný věkový index x základní sazba smluvně dohodnutá se ZZ pro 2.pol.2005 (min. 34 Kč), navýšená o 3%

Praktičtí lékaři - KKVP

2.pololetí 2000

- KKVP – **29 Kč + 0,70 Kč** za bod u nepravdivné péče a výkonů nad rámec kapitace

1.pololetí 2006

- KKVP – **34 Kč + 0,97 Kč** za bod u nepravdivné péče a výkonů nad rámec kapitace

⇒ využíván nejčastěji

⇒ od roku 2001 doplněn o **bonifikační systém** => sledování vybraných nákladů na léčbu s cílem hospodárného a účelného využívání finančních prostředků – neaplikuje se plošně, v současnosti diskuze

KKVP – kombinovaná kapitačně výkonová platba

Praktičtí lékaři - VP

2.pololetí 2000

- VP – **0,46 Kč** za bod (*)

1.pololetí 2006

- VP – **0,46 Kč** za bod (**)

* max. 12 hod. za kalendářní den a max. 100% úhrady za stejné čtvrtletí předchozího roku

** max. 12 hod. za kalendářní den a další regulace (viz dále)

VP – výkonová platba

Praktičtí lékaři – malé praxe

Malá praxe = ekonomicky nevýhodně umístěná, ale přitom nezbytná praxe (22 praxí v roce 2001)

⇒ **nárok na doplatek** (přiznává komise VZP)

⇒ **Výpočet se stabilně nemění, nárok** až do výše 90% kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců

*počet jednicových registrovaných pojištěnců nesmí být větší než 70% celostátního průměru

KKVP – kombinovaná kapitačně výkonová platba

Praktici - regulace

- U platby nad rámec kapitace a ošetření neregistrovaných pojištěnců, mimo očkování a preventivních prohlídek
- Neuplatní se, pokud ZZ ošetří méně než 50 unikátních pojištěnců dané ZP

Úhrady od 1.1.2006 x novela od 1.4.2006

- úhrada max. 103% oproti ref. Období (RO)x KZPV
- U preskribce max. úhrada 98% oproti RO
- Vyžádaná péče komplementu – prům. úhrada nad 100% oproti RO, žádná úhrada
- A další ...
- 105%
- Preskribce:
 - Prům. úhrada 101-5%, regulace 20% z překročení
 - 105-10% - regulace 40%
 - Nad 110% - žádná úhrada
- Vyžádaná péče - ...nad 106%...

KZPV – koef. Změny příjmů a výdajů ZP v souvislosti s migrací pojištěnců

- A další...

Ambulantní specialisté

2.pololetí 2000

- VP **0,85 Kč** za bod (*)
- VP **1,00 Kč** za bod (*)

1.pololetí 2006

- VP **1,05 Kč** za bod (**)

* max. 12 hod. za kalendářní den a max. 100% úhrady za stejné čtvrtletí předchozího roku

** max. 12 hod. za kalendářní den a max. úhrada ve výši:
POPzpo x (PBPo x CB) x 1,05 + PUZUMo + PUZULPo
(tj. počet pojištěnců x body x cena bodu x 1,05 + ZÚM a ZULP v referenčním období)

VP – výkonová platba

Regulace ambulantní specialisté

- Stejná jako u praktických lékařů

Komplement

- Paušál nebo úhrada výkonů
- Opět neplatí regulace při méně než 50 UOP
- Hodnota bodu 0,86 Kč, u radiodiagnostiky 1,04 Kč
- Paušál (čtvrtletní)=(úhrada v RO – ZUM a ZULP) x KZPV + ZUM a ZULP
- Pouze u radiodiagnostiky navýšení úhrady v RO o 3%

Komplement - regulace

- pokud ZZ vykáže méně než 98% úhrady v RO, násobí se úhrada koef. změny výkonnosti
- pokud více než 105%, paušál se nemění (ve vyhlášce platné d 1.1. byl risk-koridor 97-103%)

Lékařská služba první pomoci

2.pololetí 2000

- VP **0,70 Kč** za bod
- VP **0,80 Kč** za bod (*)

1.pololetí 2006

- VP **0,92 Kč** za bod (**)

- max. 100% úhrady za stejné čtvrtletí předchozího roku
- Bez regulací

VP – výkonová platba

Domácí péče, Fyzioterapie, Doprava, Hemodialýza

- Limit času nositele výkonu 8 hodin pouze u rehabilitace
- Platba za výkony
- Max. úhrada 105% (původně 103%) oproti RO

Zdrav. Záchranná služba

Hodnota bodu 1,03 Kč

Bez regulací

Stomatologická péče

- úhrady za stomatologickou péči jsou stanoveny paušálními částkami za jednotlivé výkony podle sazebníku „Úhrady standardní stomatologické péče“ (zveřejňuje MZ ČR každý půlrok)
- v Sazebníku jsou uvedeny pouze minimální sazby, tyto mohou být navýšeny po jednání mezi zástupci poskytovatelů a jednotlivými zdravotními pojišťovnami, nejvýše však do výše stanovené zdravotně pojistnými plány zdravotních pojišťoven

Lůžková péče (nemocnice)

Způsoby

Paušální sazba (do konce 2000)

Kombinovaná paušální sazba (od 2001)

„zohlednění“ reálné potřeby zdrojů a kvality péče u nemocnic (??)

- Od r. 2001 se úhrady upravují vyhláškou MZ, jelikož nedošlo k dohodě v rámci dohodovacího řízení a úhrady tak „konzervovaly“ stav na konci r. 2000. Od roku 2006 dochází ke změnám v regulačních omezeních, opět z rozhodnutí MZ.

Nemocnice – paušální sazba

- výkonová cena bodu stanovena na **0,87 Kč** za bod
- limitováno **risk koridory** = procentní rozmezí, ve kterém se může paušální sazba pohybovat ve srovnání s úhradou za stejné období předcházejícího roku (dolní hranice 96%, horní hranice 117%)
- **podmínky:**
 - objemová regulace na předepsaná léčiva a prostředky zdravotnické techniky (max. výše vypočtená jako součin úhrady za referenční období a koef.změny pojištěnců)
 - součin počtu bodů a koef.změny pojištěnců musel dosáhnout nejméně 90% počtu bodů vykázaných v referenčním období

Nemocnice – kombinovaná PS

- výkonová cena bodu odvozena od individuální výkonové ceny bodu, minimálně však **0,89 Kč** za bod
- zdravotní péče rozdělena na 4 typy, paušální sazba se počítá za jednotlivé typy (akutní lůžková, ambulantní, zdr.doprava, jiná)
- paušální sazba je podíl v bodech vykázané péče za referenční období a počtu unicitních ošetřených pojištěnců za referenční období
- celková úhrada je rovna součtu úhrad v jednotlivých druzích péče a úhrad za položky hrazené nad rámec paušální sazby

Nemocnice – kombinovaná PS v r.2001

- **podmínky:**
 - min. 89% bodů na unicitního pojištěnce ve srovnání s referenčním obdobím
 - min. 90% finančního objemu vynaloženého v referenčním období na pořízení zvláště účtovatelných zdravotnických a léčivých prostředků na unicitního pojištěnce v každém druhu péče
 - objemová regulace na předepsaná léčiva a prostředky zdravotnické techniky

Úhrady nemocnicím v r. 2006

- Kombinovaná paušální sazba
- Pokud méně než 100 ošetřených pojištěnců dané ZP, použije se platba za výkony (stejná od r. 2001)
- Platby jsou měsíční

Výpočet sazby

- $PS = [(C'_{Uref} - \dot{U}Z\dot{U}LMref) \times 1,05 \times Ks \times Kpv] + \dot{U}Z\dot{U}LMref + MNP + PCN$
- Tj. platba v RO – ZUM a ZULP (nezohledňují se předešlé regulace) x 1,05 x koeficient stabilizace x KZPV
- Připočte se ZUM a ZULP v RO, nárůst objemu mimořádně nákladné péče a podíl ZUM a ZULP přepočtený na unikátního ošetř. Pojištěnce s příslušnou diagnózou

Regulace

- V případě že ZZ vykáže úhradu menší než 100% oproti RO, sníží se o stejné procento úhrada
- Nové kapacity se hradí max. do 30% republikové průměrné pololetní platby ZZ stejného typu v RO
- Preskribce – neuhradí se překročení nad 100% (98%) oproti RO
- Vyžádaná péče - ... nad 106% (100%) ...
- A další...