

Úhradový limit pro rok 2016 a proč jej řešit s předstihem

Stát je prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví oprávněn stanovit hodnotu bodu, výši úhrad, výši záloh a regulační omezení hrazené zdravotní péče, pokud dohodovací řízení mezi zdravotními pojišťovkami a zástupci poskytovatelů neskončí dohodou. V segmentu **ambulantní specializované péče (vyjma odbornosti 603 a 604)**, kterého se týká tento článek, k dohodě pro rok 2016 (stejně jako v předchozích letech) nedošlo. Na řadu tedy přišlo Ministerstvo zdravotnictví, které v úhradové vyhlášce na rok 2016 (vyhláška č. 273/2015 Sb.) určilo, že **v roce 2016 zaplatí zdravotní pojišťovny ambulantním specialistům na jednoho tzv. unikátního pojištěnce v průměru maximálně 1,03 násobek částky, která byla uhrazena na unikátního pojištěnce v roce 2014**. Víc nic. Strop úhrady pro rok 2016 je tedy definován následovně:

Maximální celková úhrada v roce 2016 = počet unikátních pojištěnců ošetřených v roce 2016 vynásobený 103% průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v roce 2014 (zahrnující i úhradu za ZUM a ZULP).

*Příklad 1: Poskytovatel obdržel od zdravotní pojišťovny v roce 2014 celkovou úhradu (včetně úhrady za ZUM a ZULP) 1 milion korun a ošetřil 1000 unikátních pojištěnců (URČ). Průměrná úhrada na unikátního pojištěnce v roce 2014 činí 1000,- Kč (1 000 000,- Kč děleno 1000 URČ). Pokud poskytovatel ošetří v roce 2016 také 1000 URČ, obdrží od pojišťovny **maximální úhradu** ve výši: **1 000 (počet URČ v roce 2016) krát 1 000,- Kč (průměrná úhrada na URČ v roce 2014) krát 1,03 (navýšení o 3%) = 1 030 000,- Kč.***

Nad takto stanovený limit mají být v roce 2016 uhrazeny pouze ty zdravotní služby, které byly poskytnuty tzv. mimořádně nákladným pojištěncům, které ministerstvo definuje jako pojištěnce, kteří v roce 2016 „čerpali“ péči, jejíž úhrada představuje pěti a více násobek průměrné úhrady na unikátního pojištěnce v roce 2014 (vč. ZUM a ZULP). Bude se tedy jednat o zlomek případů z reálné praxe.

Způsob omezení výše úhrady, kterou ministerstvo pro rok 2016 určilo, je návratem více než sedm let zpátky, kdy tento systém platil do roku 2008. Od roku 2009 byl jako neudržitelný nahrazen jiným způsobem úhrady tak, aby poskytovatel dostal za nadlimitní péči alespoň nějakou úhradu. Péče do referenčního limitu se hradila s plnou hodnotou bodu a nad referenční limit s 0,30 Kč za bod. Tento způsob úhrady byl v roce 2013 zrušen Ústavním soudem jako protiústavní (nález pléna Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13), jelikož nezahrnoval žádný kompenzační mechanismus pro případ, kdy k překročení referenčního limitu, a tím i k úhradě části péče s méně než třetinovou úhradou, nedošlo v důsledku plýtvání nebo nadužívání péče, nýbrž proto, že poskytovatel musel dle smlouvy a zákona pojištěncům potřebnou péči poskytnout.

I přes jasně formulovaný nález pléna Ústavního soudu ze dne 22.10.2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13, který je pro ministerstvo závazný, byl pro rok 2016 nastaven způsob úhrady, kdy je opět „zastropována“ celková úhrada bez jakékoliv souvztažnosti k reálně poskytnuté potřebné péči a bez možnosti jakékoliv kompenzace (platí za předpokladu, že zařízení neošetří v roce 2016 žádného tzv. mimořádně nákladného pojištěnce - viz výše). Počet vykázaných bodů nehraje při stanovení limitu úhrady pro rok 2016 žádnou roli, jelikož limit úhrady se řídí pouze průměrnou výší úhrady na URČ v roce 2014 a počtem unikátních pojištěnců ošetřených v roce 2016.

Co se týče průměrné úhrady na URČ v roce 2014, je třeba připomenout, že v roce 2014 byla veškerá vykázaná péče (body) poskytovatelům hrazena s tzv. výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu se pro každé smluvní zařízení stanovila výpočtem podle úhradového vzorce obsaženého v úhradové vyhlášce na rok 2014 s ohledem na péči vykázanou v roce 2014 a referenční limity v roce 2012. Každé zařízení má svoji individuální výslednou hodnotu bodu a tato hodnota se u jednotlivých zařízení liší. U řady smluvních poskytovatelů je individuální hodnota bodu (i výrazně) nižší, nežli hodnota bodu pro daný segment stanovená ministerstvem (pro segment ambulantní specializované péče je aktuálně stanovená hodnota bodu 1,03 Kč, resp. u VZP ČR 1,04 Kč při doložení diplomu celoživotního vzdělávání). **Individuální výsledná hodnota bodu je důležitým ukazatelem toho, za jakou úhradu smluvní poskytovatel pro zdravotní pojišťovnu reálně pracuje.** Lze si ji vypočítat pro každý kalendářní rok, i když tuto proměnnou úhradová vyhláška přímo nezmiňuje.

Pokud poskytovatel vykáže v roce 2016 v průměru na pojištěnce (URČ) stejný počet bodů (i ZUM a ZULP) jako v roce 2014, bude mu v roce 2016 vykázaná péče uhrazena s výslednou hodnotou bodu z roku 2014 navýšenou o 3%, maximálně však s hodnotou bodu 1,03 Kč.

Příklad 2: Poskytovatel v roce 2014 vykázal 1 000 000 bodů na 1 000 unikátních pojištěnců (URČ), tj. v průměru 1 000 bodů na URČ. Tato péče je mu uhrazena s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}) např. 0,90 Kč. Poskytovatel obdrží v roce 2014 celkovou úhradu 900 000,- Kč (0,90 Kč krát 1 000 000 bodů), tj. v průměru 900,- Kč na URČ. Pro zjednodušení příkladu předpokládejme, že žádný ZUM ani ZULP nebyl vykázán.

*Pokud tento poskytovatel v roce 2016 vykáže v průměru na pojištěnce (URČ) také 1000 bodů a ošetří např. 800 pojištěnců (tj. vykáže na ně celkem 800 000 bodů), obdrží od zdravotní pojišťovny **maximální úhradu** ve výši: 800 (počet URČ v roce 2016) krát 900,- Kč (průměrná úhrada na URČ v roce 2014) krát 1,03 (navýšení o 3%) = 741 600,- Kč. Individuální hodnota bodu pro rok 2016 bude u tohoto poskytovatele činit 0,927 Kč (741 600,- Kč děleno 800 000 bodů) = **individuální hodnota bodu z roku 2014 (0,90 Kč) navýšená o 3%.***

Pokud poskytovatel v roce 2016 vykáže v průměru na URČ o 3% bodů více, nežli v roce 2014, zůstane individuální hodnota bodu v roce 2016 stejná jako v roce 2014.

*Příklad 3: Pokud by poskytovatel z příkladu 2 vykázal v roce 2016 v průměru na URČ 1030 bodů (tj. o 3% více nežli v roce 2014) a ošetřil by 800 URČ, poskytne péči v celkovém objemu 824 000 bodů (1030 x 800). Za tuto péči dostane uhrazeno maximálně 741 600,- Kč, tj. 800 (počet URČ v roce 2016) krát 900,- Kč (průměrná úhrada na URČ v roce 2014) krát 1,03 (navýšení o 3%). Individuální hodnota bodu pro rok 2016 bude v takovém případě 0,90 Kč (741 600,- Kč děleno 824 000 bodů) = **individuální hodnota bodu z roku 2014 (0,90 Kč).***

Pokud poskytovatel v roce 2016 vykáže v průměru na URČ o více než 3% bodů více, nežli v roce 2014, bude mu veškerá péče uhrazena s nižší výslednou hodnotou bodu, než v roce 2014.

*Příklad 4: Pokud by poskytovatel z příkladu 2 vykázal v roce 2016 v průměru na URČ 1100 bodů (tj. o 10% více, nežli v roce 2014) a ošetřil 800 URČ, poskytne péči v celkovém objemu 880 000 bodů (1100 x 800). Za tuto péči dostane uhrazeno maximálně 741 600,- Kč, tj. 800 (počet URČ v roce 2016) krát 900,- Kč (průměrná úhrada na URČ v roce 2014) krát 1,03 (navýšení o 3%). Individuální hodnota bodu pro rok 2016 bude v takovém případě 0,843 Kč (741 600,- Kč děleno 880 000 bodů) = **93,6 % individuální hodnoty bodu z roku 2014.***

Ministerstvo zdravotnictví avizovalo, že od 1.1.2016 dojde v seznamu zdravotních výkonů k navýšení bodové hodnoty výkonů o 10% (navýšení ceny práce lékaře). S odkazem na uvedený výpočet je zřejmé, že při limitaci celkové úhrady, kterou ministerstvo pro rok 2016 zavedlo, nedojde u poskytovatele, který se bude chovat v roce 2016 úplně stejně jako v roce 2014 a ošetří stejné spektrum pojištěnců, k navýšení úhrady o 10%, ale naopak ke snížení individuální hodnoty bodu o více než 6%. Fakticky poskytovatel sice obdrží oproti roku 2014 úhradu za výkony o 3% vyšší (pokud se mu oproti roku 2014 nenavýší náklady na ZUM a ZULP), avšak ve vztahu k počtu vykázaných bodů se úhrada za bod o více než 6% sníží.

Situace je o to složitější, že se do úhradového limitu na URČ pro rok 2016 započítává i úhrada za ZUM a ZULP. Poskytovatel si tedy musí kontrolovat i tyto náklady. Pokud by vykázal v roce 2016 v průměru na URČ větší náklady na ZUM a/nebo ZULP, nežli v roce 2014, musí počítat s menší úhradou za výkony. To platí samozřejmě i naopak, pokud budou náklady na ZUM a ZULP na URČ v roce 2016 nižší, nežli v roce 2014, zůstane větší prostor pro navyšování úhrady za body, samozřejmě do limitu 1,03 Kč za bod.

Úhradová vyhláška neobsahuje žádný kompenzační mechanismus umožňující navýšení úhrady, pokud poskytovatel poskytne v roce 2016 nákladnější péči, nežli v roce 2014. Výjimkou jsou pouze tzv. mimořádně nákladní pojištěnci, jak je uvedeno výše. Velmi důležitým faktem je nicméně skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví, potažmo stát v úhradové vyhlášce na rok 2016 garantuje pro ambulantní specializovanou péči hodnotu bodu 1,03 Kč. **Úhradovou vyhlášku na rok 2016 proto lze pro segment ambulantní specializované péče zjednodušeně interpretovat tak, že stát, potažmo zdravotní pojišťovny budou v roce 2016 hradit zdravotní služby s hodnotou bodu 1,03 Kč s tím, že za těchto úhradových podmínek si objednávají u smluvních poskytovatelů péči maximálně do úhradového limitu, který je stanoven následovně: počet ošetřených URČ v roce 2016 krát průměrná úhrada na URČ (vč. ZUM a ZULP) v roce 2014 krát 1,03 (navýšení o 3%).**

Ministerstvo zdravotnictví zcela ignoruje nález Ústavního soudu, kterým byla zrušena úhradová vyhláška na rok 2013 (Pl. ÚS 19/13), když v úhradové vyhlášce na rok 2016 nezakotvuje žádný transparentní kompenzační mechanismus, který by umožnil navýšení úhrady v případě, kdy bude muset být poskytnuta v průměru nákladnější péče, nežli v referenčním období, a současně se nebude jednat o případ tzv. velmi nákladného pojištěnce. **Za této situace je pro ty smluvní poskytovatele, kteří nechtějí pracovat za daleko nižší hodnotu bodu nežli 1,03 Kč, resp. 1,04 Kč, nezbytné přistoupit k úhradovému limitu jako k objednávce zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven a pokusit se tuto objednávku dodržet.** Toto doporučení je vysloveno s plným vědomím, že to v řadě případů nebude možné, a to i s ohledem na restrikcí úhrad v minulosti, kdy je úhrada již nyní u řady poskytovatelů „stlačena“ hluboko pod úhradovou vyhláškou garantovanou hodnotu bodu. Nicméně s ohledem na přístup zdravotních pojišťoven, které k navýšení úhrady dobrovolně nepřístupují, je třeba se o to aktivně pokusit. Pokud to objektivně nepůjde, pak je třeba hledat jiné řešení. O tom, jak v rámci zákonných a smluvních mezí postupovat a jak se zachovat v konkrétních situacích, i o případných jiných možných řešeních bude pojednáno v příštích číslech časopisu Tempus medicorum.

Mgr. MUDr. Dagmar Záleská