



Úhradová vyhláška 2012

Ing. Petr Hrabák

Asociace nemocnic ČR



Ambulantní péče

Dle prezentace MZ ČR ze dne 10.11.2011:

Aplikovat na ambulantní péči v lůžkových zdravotnických zařízeních **zcela identické principy**, jako v ambulancích mimo nemocnice.

Ale...



Ambulantní péče

- odečet v IVCB (cca 1 Kč / bod)
- úhrada podle AS a komplementu

tedy...

- ambulance 1.02 Kč/bod
- laboratoř 0.70 Kč/bod
- RTG 1.10 Kč/bod
- HDL 1.06 Kč/bod



Ambulantní péče

- 2/3 z odbornosti 809 je CT/MR (0.70 Kč / bod)
- 2/3 z odbornosti 402 je LU (0.71 Kč / bod)

Reálný dopad závisí na velikosti ambulancí, podílu komplementu a IVCB konkrétní nemocnice.

Ve FN Plzeň pokles o více než 112 mil. Kč !!!

Neměla by být za stejný objem péče (tedy stejnou práci) jako v referenčním období i stejná úhrada ?



Ambulantní péče

Ambulantní specialista

- možná úhrada nárůstu bodů za 0.30 Kč
(při nárůstu URČ se nekrátí)
- možná úhrada nárůstu ZUM/ZULP za 60%
(při nárůstu URČ se nekrátí, jinak 105%)
- možný nárůst objemu preskripce za 60%
(při nárůstu URČ se nekrátí, jinak 105%)
- srážka jen do 15% úhrady bez ZUM/ZULP



Ambulantní péče

Ambulantní komplement

- možná úhrada nárůstu bodů za 0.40 Kč
(při nárůstu URČ se nekrátí)

Mnoho limitů

- pro každou odbornost (IČP ?) bude limit na preskripci, vyžádanou péči, body, ZUM/ZULP

Lze to vůbec uhlídat při cca 500 IČP x 4 limity x 8 ZP ?



Specializovaná centra

Limit vůči roku 2011

- avizován objem ve výši 100% financí roku 2011
 - není tedy prostor pro nové pacienty v chron. centrech
 - omezení některých center (onkologie – kontroly, linie)
 - zvýšení prahu pro přijetí, zavedení pořadníků
 - dotování z jiných částí rozpočtu nemocnice
 - pouze částečné zohlednění nových LP
 - interní zpřísnění indikačních kritérií OS a SÚKLu
-
- chybí zohlednění komplexních dopadů
(inv. důchod, pracovní neschopnost)
 - není stanoven finanční limit pro léčbu
(stačí 600 tis. Kč / rok kvalitního života ?)



Specializovaná centra

Limit vůči roku 2011

- úhrada pacientů zařazených během roku 2011
 - částečný pokles úhrady během 2011
 - další revize SÚKLu během 2012
 - aukce, studie, vzorky, bonusy
- do specializovaných center putují další pacienti
- úhrada pokrývá jen jeden léčivý přípravek (biolog.)
- není uhrazena diagnostika, výkony, hospitalizace
- není zohledněna preskripce a běžné ZUM/ZULP



Balíčky

Zhruba stejný rozsah jako v roce 2010, tedy i stejné problémy.

- odečet v IVCB (úhrada 0.90 Kč / bod)
- odečet skutečného objemu bodů, ZUM/ZULP
- nejsou zohledněny komplikace (ideální pacient)
- nebudou uhrazeny kombinace (KCH x stent x KS/KV)
- jednodenní chirurgie včetně vyšetření (biopsie)
- restrukturalizace lůžek (limity a odečty)
- úhrada sociálních OD, komplikací



DRG alfa

Maximální rozšíření, podle ZZ cca 75%.

- snaha o ponechání homogenních DRG skupin
- nebude další sbližování IZS (zůstává poměr 20:80)
- větší efekt díky nárůstu finančního objemu v DRG

Není dořešeno

- překlady a rehospitalizace (krácení úhrady)
- kombinace více výkonů a diagnóz
- úhrada nesouvisejících výkonů a ZUM/ZULP



DRG alfa

- několik verzí číselníků RV
(normování, vyloučení chyb)
- několik základních sazeb
(výkonová, nákladová, vč. outliers)

Která varianta by měla být v úhradové vyhlášce ?

Asi taková, aby úhrada **pokryla reálné náklady** RN...



DRG alfa

Varianta Inliers:

NTZS = 30 711,17 Kč

VTZS1 = 25 515,55 Kč

VTZS2 = 27 714,41 Kč

Počet případů inliers 1 626 700

CMI inliers 1,00086.

Outlieři jsou ale mnohem dražší...



DRG alfa

Varianta se všemi případy:

NTZS = 33 493,37 Kč

VTZS1 = 28 165,84 Kč

VTZS2 = 30 544,96 Kč

Počet případů ALL 1 973 320

CMI ALL 1,041

Výpočet je ale proveden z nákladů roku 2009...

... co mzdy a DPH ?



DRG alfa

Jednotná základní sazba může být, pokud klasifikace **rozezná a uhradí** odlišné případy. Tedy například

- bude zohledněna mimořádně nákladná péče
- bude fungovat ekonomický outlier (ne materiálový)
- bude stanoven práh pro přijetí, propuštění
- bude krácena úhrada u překladů a rehospitalizací
- budou hrazeny nesouvisející výkony, ZUM/ZULP
- kombinace výkonů, homogenita skupin
- DRG bude umět reagovat na nové výkony

Nic z toho ale dnes není hotovo...



DRG alfa

DRG skupina v sobě zahrnuje několik podobných diagnóz či několik podobných výkonů.

Celý koncept funguje, pokud každé ZZ má stejnou strukturu pacientů, tak to ale často dnes není.

Specializovaná pracoviště s větším podílem dražší péče tedy dotují menší nemocnice se základní péčí.

Individuální základní sazba je v současné době jedinou možností, jak tento jev kompenzovat.



DRG alfa

Několik příkladů, co nefunguje

- rekonstrukce prstu x velké rekonstrukce nohy
- žaludeční vřed x resekce jícnu
- hemodialýza x operační výkon
- hemofilie x operační výkon
- kardiochirurgie x kardiologie
- radioterapie x operační výkon
- chemoterapie x operační výkon
- akutní rehabilitace x operační výkon



DRG alfa

K čemu také slouží individuální základní sazba

- krytí deficitu úhrady ve specializované péči (vybrané DRG skupiny, léková centra)
- úhrada zvýšené režie specializovaných center (personál, přístroje – traumacentra, infekce)
- zavádění nových technologií (přístroje, materiál)
- kritické výkony a materiál mimo číselníky (operace, onkologie)
- krytí navýšení platů lékařů a sester (nízká nebo žádná úhrada od zdravotních pojišťoven - OZP)
- úhrada nákladů souvisejících se zvyšováním kvality (ISO, NASKL)



DRG alfa

Paradox:

Pokud je v každé nemocnici proveden jeden výkon, je úhrada provedena správně (zaplacený jsou oba). Pokud je poskytnuta komplexní péče v jedné nemocnici, je uhrazen jen jeden výkon.

Motivace k účelovým překladům, rehospitalizacím ?

Řešení:

Úhrada poměrem skutečných nákladů v jednotlivých nemocnicích, krácení úhrady v případě horního outliera.



DRG alfa

Další problémy:

Existují extrémně nákladné skupiny, jejichž úhrada výrazným způsobem meziročně kolísá (často o několik set tis. Kč). V tomto prostředí nelze předvídat úhradu ani strategicky plánovat.

Není veřejně přístupný standard, který by popisoval průměrné náklady hrazené služby. Aby bylo možné transparentním způsobem porovnávat ceny, je nutné znát délku hospitalizace, počet dnů na JIP, náklady na výkony, ZUM/ZULP (viz KEP).



DRG alfa

Jako vzor se dává Německo (sblížení za 5 let), ale

- omezení ztráty nemocnic (1.5 – 2.5 %)
- nárůst počtu DRG skupin na dvojnásobek
- vyjmutí celých bazí mimo úhradu DRG
- 143 různých typů příplatků (výkon, ZUM, ZULP)
- komplexní podmínky, kombinace diagnóz
- vyřešení překladů, rehospitalizací
- definování prahu pro přijetí k hospitalizaci
- investice, vzdělávání, výzkum jsou hrazeny mimo



MNP

Ekonomický outlier

Náklady nemusí vždy souviset s délkou hospitalizace.

Pokud není léčivý přípravek či materiál použit, neměl by být uhrazen.

Jestliže je však v odůvodněných případech použito větší (než kalkulované) množství, mělo by být i přiměřeným způsobem uhrazeno (motivace k nadprodukcí a rozdělení rizik mezi poskytovatele a plátce).



MNP

Problém:

Aktuální koncept ekonomického outliera neřeší financování výkonů, které mají obligatorní náklady zahrnuté v bodové hodnotě výkonů (operace, intenzivní ošetrovací dny, specializovaná hematologická léčba).

Drtivá většina nákladů MNP je v oblasti bodů, podíl ZUM/ZULP je jen 20% (bez balíčků).

Místo komplexního ekonomického outliera tak máme jen outliera materiálového !



MNP

- značný přesah do ambulantní péče
 - více případů za kalendářní rok
 - „milionáři“ z jediného případu
 - balíčkový způsob úhrady
 - specializovaná centra
 - v praxi často mix všeho
-
- 1/2 případů je hematologie (spec.hem.léčba, JIP)
 - 1/4 případů tvoří neonatologie (jen intenzivní OD)
 - 1/4 případů zbývá na plicní ventilace (TISy)



MNP

Při podrobné analýze zjistíme, že:

- pouze 1/5 nákladů MNP tvoří ZUM/ZULP
- téměř 1/2 jsou osobní náklady (v bodech)
- zbytek je PMAT a režie (také v bodech)
- MNP je hrazen po překročení hranice 100%

- u EO je hrazeno jen 80% nad horním TP
- horní TP je ve výši trojnásobku obvyklé hodnoty
- zohledňuje pouze náklady vykázané jako ZUM/ZULP

EO tedy nemůže MNP zcela nahradit, ale mohl by se stát jeho vhodným doplňkem v oblastech pod 1 mil. Kč, které dosud nejsou uspokojivým způsobem ošetřeny.

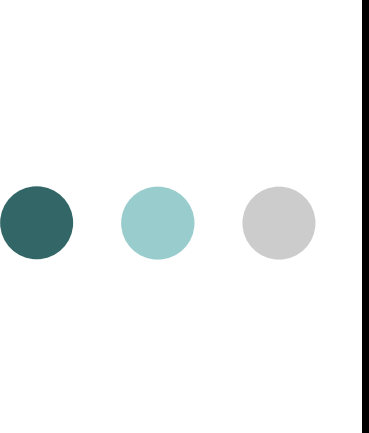


DRG beta

Problém částečně řeší DRG beta (v případě úhrady výkonovým způsobem – kdo léčí dostává odměnu)

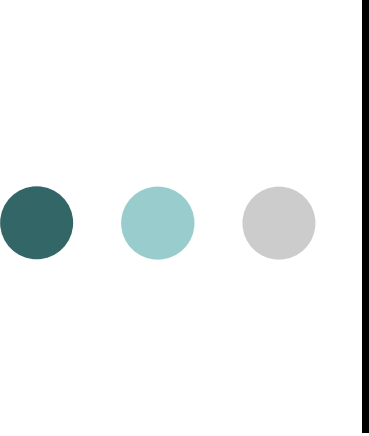
- dlouhodobé plicní ventilace
- onkologie, hematoonkologie
- patologičtí novorozenci

- většina skupin z MNP (nákladné, nepředvídatelné)
- problém ceny bodu pro odpočet a úhradu
- omezení absolutním limitem, degrese ceny bodu
- úhrada funguje ihned (EO až nad 3xAMAT, 80%)
- těžko zmanipulovatelné skupiny (ALFA x BETA)



Celkové dopady

- nárůst mezd 2011 (lékaři) a 2012 (lékaři + sestry)
- nárůst DPH 2012 (4%) – kompenzace VŘ ?
- ztráta v ambulantní péči (odpočet s IVCB)
- ztráta přiblížením IZS (80:20, ale více skupin)
- odpočet a úhrada DRG beta (cena bodu)
- ztráta příjmů u balíčků (odpočet, ekon. varianta)
- dotování nových pacientů v centrech (100% 2011)
- navýšení úhrady u ekonomického outliera
- nebude MNP, ale rozpuštěno do IZS (nárůst ?)
- možnost nárůstu objemu (fixní náklady) ?

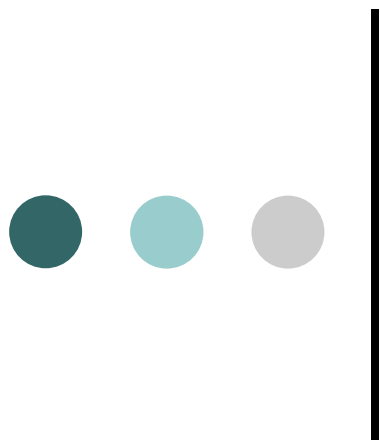


Celkové dopady

Bude nutné hledat úspory a kompenzace. Výsledkem může být postupné omezování ztrátových DRG skupin, (čekací doby), snížení standardu pro materiál či zdravotnické prostředky (kritérium 100% ceny).

Možnost doplatku od pacienta spíše symbolická (sádry, očkování, čočky), zajímavější bude navýšení regulačních poplatků (20 mil. Kč).

Není jasný dopad vyhlášek MZ ČR o místní a časové dostupnosti (navýšení úhrady).



Děkuji za pozornost !