

úvodník

UDRŽITELNÉ FINANCOVÁNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE – ZBOŽNÉ PŘÁNÍ ČI REALITA?

V současné době psychiatrie prochází obdobím, které je příslibem mnohých změn. Navrhované změny v rámci reformy psychiatrie dostávají pevnější obrysy a celkově dochází k jejich akceptaci i mezi odborníky a širší veřejností, která se problematikou psychiatrie zabývá. Stále nejasný ale zůstává jeden velký problém, na který dosud nikdo nedokázal jednoznačně odpovědět. Kde se vezmou peníze na to, aby to, co je navrženo a podporováno, mohlo fungovat i poté, co vyschne zdroj peněz z Evropské unie či jiných fondů? Bude možné skutečně provozovat všechna zařízení, ať již stávající, nebo nově vzniklá, z peněz plynoucích ze zdravotního pojištění? V rámci postupující reformy již snad na ministerstvu zdravotnictví začne pracovat i skupina zabývající se udržitelným financováním psychiatrické péče. Všem je jasné, že za české peníze, které do psychiatrie přicházejí, nelze dělat psychiatrii evropské úrovně.

Jedním z pilířů reformy jsou i změny ve struktuře lůžkové péče. V úhradové vyhlášce platné pro letošní rok ministerstvo zdravotnictví změny ve struktuře lůžkové péče příliš nepodporuje. Dopad úhradové vyhlášky na jednotlivá zařízení se bude lišit, ale lze uvést odhad, že dojde k pravděpodobnému poklesu úhrad mezi 15 a 50 %.

Na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, uzavírají pojišťovny tzv. Smlouvu o poskytování zdravotní péče se zdravotnickými zařízeními, ministerstvo zdravotnictví vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a tzv. úhradovou vyhlášku. Smlouva o poskytování zdravotní péče se řídí Rámcovou smlouvou, která vzniká na základě dohodovacího řízení a je schválena ministerstvem zdravotnictví. Obsahem smlouvy jsou povinnosti pojišťovny a poskytovatele. Vymezuje personální, věcné a technické vybavení. V příloze ke smlouvě se vymezuje rozsah oprávnění k poskytování zdravotní péče a v dodatku ke smlouvě je uvedeno cenové ujednání (úhradový dodatek). Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami obsahuje výkony rozdělené podle odbornosti, pravidla pro jejich vykazování, parametry a ohodnocení režie a ošetrovacích dnů a pravidla pro jejich vykazování. Ministerstvo zdravotnictví každoročně svolává dohodovací řízení, které probíhá v jednotlivých segmentech péče. Ministerstvo zdravotnictví poté vydá tzv. úhradovou vyhlášku, jejímž obsahem je buď výsledek dohody z dohodovacího řízení, nebo je stanoven MZ ČR. Od roku 2007 platí smluvní volnost, která spočívá v tom, že vyhláška se použije, pokud se zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Jaké jsou možnosti úhrad lůžkové péče?

Úhrada za výkon

Jednotkou, ke které je vztažena úhrada, je výkon dle dohodnuté klasifikace výkonů podle Seznamu zdravotních výkonů. Každý výkon je bodově ohodnocen, je přiřazena režie dle času výkonu. Nasmlouvá se cena za jednotku, tj. cena za bod. V tomto případě poskytovatel nenes prakticky žádné riziko, v každém okamžiku je jasná výše úhrady. Tento systém motivuje k práci. Je možné diferencovat úhrady za různé výkony podle typu a kategorie. Jde o jednoduchý systém na administraci a vypořádání, umožňuje přímou platbu klienty. Jeho nevýhodou je, že bez zastropování vede k indukci produkce, nárůstu výkonů a nárůstu nákladů. Úhrada je založena na velmi nedokonalé klasifikaci Seznamu zdravotních výkonů s historicky špatně nastavenými body. Výkony mohou být poskytovány podle bodového ohodnocení, ne podle potřeb klientů. Systém je možné regulovat jednak zastropováním produkce a jednak degresivní formou úhrady nadprodukce. Úhrada za výkon je vhodné volit u ambulantní služby, v systému malého objemu produkce pro daného plátce, při vzácných a ojedinělých výkonech v nemocnicích a u obtížně indukovatelné poptávky.

Platba za ošetrovací den

Úhrada je vztažena k jednomu ošetrovacímu dni pacienta na lůžku. Je diferencovaná podle typu pacienta, závažnosti jeho stavu, nutnosti ošetrovatelské nebo lékařské péče. Je možné ji diferencovat podle typu ošetrovacího dne. Jedná se o jednoduchý, predikovatelný systém. Je obtížně manipulovatelný bez změny struktury lůžkového fondu. Výši paušálu

je možné stanovit podle kategorie poskytovatelů. Mezi jeho rizika patří hlavně nutnost kontrolovat odborné a zejména personální zabezpečení péče, nemotivuje k efektivnímu a rychlému uzdravování, nezohledňuje výsledek procesu léčby. Systém je možné regulovat pomocí stanovení podmínek personálně technického vybavení, smluvním ošetřením změny struktury lůžkového fondu a dalšími regulacemi na léky a zdravotnické prostředky nezahrnuté do paušálu. Platba za ošetrovací den je vhodná u péče s velkým podílem práce a režie na nákladech, u relativně malého podílu výkonů.

Případový paušál – platba za DRG

Jednotkou, ke které je vztažena úhrada, je hospitalizační případ od přijetí po ukončení hospitalizace. Každá DRG má stanovenou relativní váhu, jedná se o analogii bodového ohodnocení v Sazebníku výkonu. Riziko platby je mezi poskytovatelem a plátcem. Pojišťovna dostává kvalitní evidenci o produkci, na kterou je přímo navázána úhrada. Při jedné základní sazbě platí pravidlo, že za stejnou práci obdrží každý stejnou úhradu. Pokud funguje klasifikace dobře, stáčí každoročně vyjednávat pouze o výši základní sazby a regulačních omezeních. Umožňuje přímou úhradu pacientem. Čím méně je případů v dané DRG skupině, tím je kontrakt rizikovější. DRG kontrakt určitě není vhodný pro všechny situace. Úhrada v DRG s jednotnou základní sazbou funguje spíše výjimečně a vyžaduje dodatečnou parametrizaci klasifikace. Může poskytovatele motivovat k účelovému jednání, jako je zkracování délky hospitalizace, k účelovému kódování (manipulací s hlavní a vedlejší diagnózou), k přesunu nákladů na následnou péči či jiné segmenty a k selekci pacientů podle výhodnosti relativních vah. Systém DRG je možné omezit vzhledem k referenci celkové úhrady, casemixu (součtu relativních vah), počtu případů a změn chování (např. změny v zastoupení skupin s komplikacemi a komorbiditami). Případový paušál je vhodný u dostatečného množství homogenních případů ve skupině.

Globální paušál

Zdravotnické zařízení má prospektivně stanovenou úhradu za veškerou produkci, která je většinou vztažena k referenčnímu období. Tato úhrada je podmíněna vykázáním adekvátní produkce. Globální paušál s celou řadou obměn v regulacích fungoval v úhradách akutní hospitalizační péče až do roku 2006. Jedná se o jednoduchý, přehledný a pro zdravotní pojišťovnu bezpečný způsob platby. Jde ale o nejrizikovější kontrakt pro zdravotnická zařízení, který ve svém důsledku může nejvíce poškodit pacienty. Nemotivuje poskytovatele k vyšší efektivitě. V různých zdravotnických zařízeních jsou zcela odlišné úhrady za stejnou službu, neumožňuje vyčlenit část péče pro přímou platbu.

Kromě výše uvedených možností úhrad je nutné ještě uvést kapitační platbu, která představuje základní úhradu pro praktické lékaře s motivačně nastavenou výkonovou složkou. Je dobrým nástrojem omezujícím přesun péče do ambulancí a nemocnic.

V současné době uplatňovaný případový paušál není příliš vhodným nástrojem pro platbu za péči na psychiatrickém lůžku. Ve spolupráci s Národním referenčním centrem sice probíhá kultivace systému DRG, tak aby se přiblížil potřebám lůžkové psychiatrické péče, ale tyto změny zatím nejsou ve struktuře DRG zahrnuty. Ve výpočtu relativních vah chybí úplná data skutečně poskytované akutní péče. V psychiatrii na rozdíl od jiných oborů není zájem na zkracování doby strávené pacientem na akutním lůžku. Přesun na následná lůžka může snížit kvalitu péče, zkrasluje náklady na léčbu, v současném systému je i nákladnější.

Protože je dlouhodobým záměrem MZ ČR platit akutní lůžkovou péči pomocí případového paušálu (DRG), zřejmě se mu ani psychiatrie v budoucnosti nevyhne. Při tvorbě úhradové vyhlášky pro rok 2015, ale i na další roky je nutné zohlednit skutečnost, že většina poskytovatelů akutní péče jsou samostatná zařízení bez možnosti kompenzace „výnosnějšími“ odděleními. Celý systém je nutné připravit na to, že do systému budou vstupovat nové subjekty, které dosud akutní péči nevykazovaly, ačkoli ji ve skutečnosti poskytovaly. Je nutné si připravit odborné analýzy dopadů jednotlivých modelů a srovnání s německým zdravotnictvím, ve kterém psychiatrie v systému DRG funguje, a pracovat na další kultivaci DRG v psychiatrii.

S ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče je nutné i dále hledat oboustranně výhodný model financování lůžkové péče, který bude nejen motivující pro poskytovatele zdravotní péče, ale i k prospěchu našich pacientů.

*MUDr. Jan Tuček, Ph.D.
Nemocnice České Budějovice, a. s.*