

NEWS

Newsletter pracovní skupiny OSDA

6/2016



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

šestý newsletter přichází na řadu v době, kdy již pomalu dozrívá celá řada „sporů“ vyvolaných nepříznivými výsledky vyúčtování roku 2014 a 2015, jak je jednotlivé zdravotní pojišťovny poskytovatelům předložily. S ohledem na skutečnost, že v celé řadě případů se poskytovatelům ve spolupráci s naší pracovní skupinou podařilo uspět, dovolujeme si Vám některé z těchto případů přiblížit, a to s cílem, abyste i v případě nepříznivého výsledku vyúčtování v příštích letech měli motivaci vznést námitku a na první pohled nepříznivou situaci obrátit ve svůj prospěch.

NOVÝ POSKYTOVATEL – JINÉ REFERENČNÍ HODNOTY

V době, kdy řada poskytovatelů mění právní formu (z fyzické osoby na osobu právnickou) či prostě vzniká po rozhodnutí osamostatnit se jako úplné novy poskytovatel zdravotních služeb, dochází při vyúčtování v prvních dvou letech fungování takovýchto nových poskytovatelů ke sporům majícím původ v otázce **správného nastavení referenčních hodnot**.

Zdravotní pojišťovny v této věci aplikují příslušné ustanovení úhradové vyhlášky, zpravidla doslovně převzaté do úhradového dodatku, podle kterého „u poskytovatele, který v referenčním období neexistoval nebo neměl uzavřenou smlouvu se zdravotnicí pojišťovnou... použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (resp. od r 2016 průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce) hodnoty za referenční období srovnatelných poskytovatelů“. V 99 % případů však uměle stanovené referenční hodnoty zásadním způsobem neodpovídají dosaženým výsledkům nového poskytovatele.

Byť úhradová vyhláška ani úhradové dodatky neobsahují bližší stanovení toho, kteří poskytovatelé mohou být pro tento účel považováni za srovnatelné, je na místě v případě zásadního rozporu referenční a reálně dosažené hodnoty (co do počtu bodů na 1 unikáta či nově průměrné úhrady na 1 unikáta) vznést námitku týkající se nesrovnatelnosti nastavené referenční hodnoty s konkrétním provozem nového poskytovatele. Pokud je na první pohled zřejmé, že průměrná hodnota (celostátní či regionální průměr) neodpovídá reálným výsledkům nového poskytovatele, je třeba námitku odůvodnit konkrétními rozdíly, které nový poskytovatel oproti statistickému průměru poskytovatelů vykazuje.

V první řadě půjde o specifika kmene pojištěnců, o které poskytovatel pečuje, zejména o určení mimořádně nákladných pojištěnců a event. jejich množství v poměru k celému pojistnému kmenu. Dále se bude jednat o skutečnost, že nový poskytovatel v prvním roce nutně ve větší míře vykazuje nákladná komplexní vyšetření a další výkony nezbytné pro seznámení se s detailním zdravotním stavem pacienta a pro správné nastavení účinné léčby, čímž se jistě liší od poskytovatelů, kteří o své pacienty

již kontinuálně pečují. V daném případě je tak naprosto relevantní požadavek na nalezení referenčních hodnot od skutečně srovnatelných poskytovatelů, kdy jedním z logických (a ve vztahu k ostatním poskytovatelům i spravedlivých) řešení je požadavek, aby **jako referenční hodnoty** byly novému poskytovateli stanoveny **jeho vlastní hodnoty**, kterých dosáhl po zahájení činnosti (například hodnoty z prvního pololetí či z prvního roku působení). Tím dle našeho názoru dochází k naplnění principu rovnosti mezi poskytovateli, kdy všichni „staří“ poskytovatelé jsou také srovnáváni se svými vlastními výsledky, týkajícími se „jejich“ souboru pacientů.

Je jisté dobrou zprávou, že v konkrétních případech vyúčtování roku 2015 zdravotní pojišťovny, kde byl tento požadavek vznesen (konkrétně VZP), na tuto argumentaci reflektovaly a takto postiženým poskytovatelům jako referenční hodnoty stanovily jejich vlastní výsledky za první ucelené období fungování jejich ordinací.

Je však třeba počítat s tím, že pozitivní závěr nepřichází hned po první námitce, tuto je třeba opakovat a kvalitně odůvodnit.

NAVÝŠENÍ ÚHRADY V ROCE 2014 – ODŮVODNĚNÍ PÉČE

Již na konci roku 2013 jsme Vás informovali o významné novince v úhradách zdravotních služeb, která byla součástí úhradové vyhlášky pro rok 2014. Nakonec se však bohužel pro nás ukázalo, že tato novinka, pro ambulantní specialisty jednoznačně příznivá, byla omezena pouze právě na tento jeden rok. Její tvůrce se pravděpodobně zalekl dopadu, kterého by mohla mít na účty zdravotních pojištěnců.

V čem tedy spočívala její troullost?

V možnosti až plné úhrady zdravotní péče, kterou poskytovatel vynaložil nad rámec průměru referenčního období.

Jaký byl postup?

Slovy vyhlášky řečeno, v případě **odůvodnění nezbytnosti poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které poskytovatel vykázal více bodů, než byl jeho referenční průměr v roce 2012 na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v roce 2014 k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, nebyly tyto body započítány do výpočtového vzorce a tím byla pojišťovna povinna navýšit celkovou hodnotu bodů**.

Jednalo se tedy o princip, který by měl být v rámci úhrady zdravotních služeb naprosto standardním nástrojem při poskytování zdravotních služeb lege artis, kdy je péče poskytována s ohledem na individuální zdravotní stav konkrétního pacienta - pojištěnce.

S ohledem na to, že financování zdravotních služeb se však bohužel neodvíjí od kvality

poskytnutých služeb, ale je pouze jakýmsi matematickým hlídačem průměru úhrady ve zdravotnictví, vybočoval tento nástroj z takových parametrů a jako takový byl nežádoucí a tedy pro další roky byl zrušen bez náhrady.

Jak jsme jej společně pro rok 2014 aplikovali?

S ohledem na to, že většina zdravotních pojišťoven (vyjma OZP) tuto úhradovou variantu přenesla i do úhradových vyhlášek, byli jsme potěšeni možností navýšení úhrady a od seznámení se s vyhláškou a dodatky jsme Vás nabádali k jejímu využití. Po ukončení roku 2014 jsme se společně scházeli nad jednotlivými případy a jednoduchým postupem usilovali o Váš právní nárok. Nejdříve předcházela žádost o poskytnutí sestav jednotlivých výkonů za hodnocení a referenční období, poté matematické určení počtu bodů, které bylo nezbytné odůvodnit pro navýšení celkové hodnoty bodu, následně proběhla identifikace konkrétních pacientů a hlavním bodem bylo odůvodnění nezbytnosti poskytnutí hrazených služeb v konkrétních pojištěnců. Princip zvláštní v tom, že jsme museli prokazovat odůvodněnost poskytnuté péče, aniž by ji někdo předtím anebo potom zpochybnil...

Jak reagovaly pojišťovny?

Naše **úspěšnost** u těch z Vás, kteří se na nás obrátili, **byla velká**, vlastně stoprocentní. Byla zde však jediná výjimka a tou byla překvapivě VZP. Ačkoliv i ona měla tento princip zapracován ve svých uzavřených dodatcích, připravená odvolání zamítala a dále zamítá. Od prvních námitek jsme přešli ke druhým a následně i ke smířčím řízením, abychom se pokusili náš nárok obhájit, bohužel však nejsme v našem snažení úspěšní, jelikož jedna ze smluvních stran se rozhodla neplnit své závazky a využít svého silnějšího postavení, což nás velice mrzí.

Jaká je prognóza tohoto nástroje?

Samozřejmě bychom si velice přáli, aby podobné procesní nástroje, které mohou přispět k navýšení úhrady za důvodně vynaloženou péči a částečně odstranit alespoň některé nevýhody a nedostatky úhradového systému, tvořily součást budoucích úhradových mechanismů a jistot při poskytování zdravotních služeb a určitě budeme dále nejen doufat, že se tak stane, ale zejména vyvíjet společnou aktivitu, abychom takového cíle dosáhli.

Neváhejte se na nás kdykoliv obrátit na níže uvedené kontakty.

S úctou a pozdravem.

Pracovní skupina OSDA
pracovni.skupina@dacr.net