

Akademie věd České republiky
Ústav teorie informace a automatizace

Academy of Sciences of the Czech Republic
Institute of Information Theory and Automation

VÝZKUMNÁ ZPRÁVA

JIŘÍ GRIM

ÚSTAV TEORIE INFORMACE A AUTOMATIZACE AV ČR

**PLATEBNÍ REGULAČNÍ
MECHANISMUS
JAKO ZDROJ ZVYŠOVÁNÍ PLATŮ
VE ZDRAVOTNICTVÍ**

No. 2373

Květen 2018

ÚTIA AV ČR, P.O. Box 18, 182 08 Prague, Czech Republic
E-mail: grim@utia.cas.cz

Platební regulační mechanismus jako zdroj zvyšování platů ve zdravotnictví

Základní systémová chyba zdravotního pojištění

Princip zdravotního pojištění předpokládá, že se pacient v případě potřeby obrátí na lékaře, který mu poskytne odbornou pomoc, přičemž výkon lékaře, výdaje za léky a doplňující vyšetření proplácí zdravotní pojišťovna. Výsledkem je spontánní nárůst nákladů zdravotní péče u nás dobře známý z devadesátých let. Je zřejmé, že v systému, ve kterém o poskytnuté zdravotní péči musí rozhodovat lékaři v kontaktu s pacienty a její náklady následně hradí zdravotní pojišťovny, chybí záporná zpětná vazba, která by působila proti růstu nákladů. Důsledkem této hrubé systémové chyby je trvalý tlak na zvyšování výdajů za poskytnutou zdravotní péči a hrozící platební neschopnost nutí zdravotní pojišťovny zavádět regulační opatření k omezení růstu nákladů.

Regulační omezení a úhradové limity

Rozhodování lékaře je ale natolik odborně náročné a navíc individuálně závislé na pacientovi, že pojišťovna nemá účinnou možnost následné kontroly přiměřenosti nákladů a efektivnosti poskytnuté zdravotní péče. Používaná regulační opatření mají proto obecně charakter smluvních omezení a limitů. Bohužel, použití limitů je ve zdravotnictví krajně nevhodné, protože závazná omezení by mohla způsobovat konfliktní situace v procesu poskytování individuální zdravotní péče s hrozícími fatálními následky. Limity jsou proto voleny velmi „defenzivně“ a zpravidla se odvozují z předchozích období nebo z celostátních průměrných hodnot.

Regulační omezení a smluvní úhradové limity každý rok podrobně stanoví tzv. úhradová vyhláška. Konkrétně, vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 353/2017 Sb. (srv. [1]) je obsáhlý dokument (115 stran), který ve čtrnácti přílohách detailně určuje na rok 2018 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a popisy regulačních pravidel pro poskytovatele zdravotní péče (pro zjednodušení dále jen lékaře). ***Úhradová vyhláška ve svých důsledcích vcelku logicky degraduje zdravotnictví na úroveň přidělového systému s typickými čekacími lhůtami.*** Každý praktický lékař, ambulantní specialista i zdravotnické zařízení má de facto smluvně stanovené limity vykázané zdravotní péče a příslušných nákladů, přičemž nadlimitní požadované úhrady pojišťovna proplácí jen zčásti nebo vůbec. V případě nadlimitních výkonů jde o nezaplacenou práci, ale neproplacené úhrady nákladů mají charakter pokuty.

Výpočet limitních hodnot obvykle vychází z vlastních nebo celostátních referenčních průměrů za předchozí období, je specifický pro různé odbornosti a vztahuje se i na jednotlivé výkony a nákladové položky. Pomocí tzv. přepočtených pojištěnců zohledňuje vyhláška věkovou skladbu pacientů z hlediska finanční náročnosti zdravotní péče a zahrnuje desítky číselných

údajů definovaných s přesností až na několik desetinných míst, které přímo ovlivňují celkové platby pojišťoven. Tak např. pro ambulantní výkony v odbornosti 603 - gynekologie a porodnictví je stanovena hodnota bodu pro výpočet výkonových úhrad ve výši 1.08 Kč. Při celkovém počtu 1.7 miliardy bodů vykázaných VZP v odbornosti 603 v roce 2016 znamená zvýšení této hodnoty o jeden haléř nárůst příslušných výkonových úhrad VZP o 17 milionů Kč.

Regulace pomocí limitů toleruje mírné překračování průměrů a svými důsledky motivuje ke zvyšování podprůměrných úhrad. Nízké referenční průměry zpřísní regulaci omezení v příštím období a je proto důležité případně podlimitní čerpání zvýšit. Tím se průběžně zvyšují referenční hodnoty celkových průměrných úhrad, které formálně přispívají k trvalému nárůstu výdajů za zdravotní péči.

Je zřejmé, že jakkoli pečlivě zdůvodněný limit bude vždy pro některé lékaře nepřiměřeným omezením a pro jiné zbytečně vysokou „doporučenou“ hodnotou. Žádný systém limitů nemůže ani v rámci jedné odbornosti přijatelně postihnout rozmanitost podmínek poskytování zdravotní péče v různých lokalitách a zařízeních, včetně individuálních rozdílů v přístupu lékařů a chování pacientů. ***Systém zdravotní péče založený na smluvních limitech by nikdy nemohl fungovat, kdyby nevyužíval jako rukojmí lékaře, kteří v kontaktu s pacienty denně řeší skryté konflikty mezi potřebami pacientů a omezující administrativou.***

Princip regulace založené na progresivním krácení výkonových plateb

Finanční stabilitu zdravotních pojišťoven je třeba zajistit bez použití limitů pomocí regulačních zpětných vazeb, které odstraňují smluvní omezení poskytované zdravotní péče, umožňují plnou úhradu nákladů léčení, snižují cenu zdravotní péče při rostoucí nabídce a trvale motivují lékaře k úspornému rozhodování.

Princip navrhované platební regulace je prostou analogií běžného zdanění výrobní činnosti. Zatímco při výpočtu daně může podnikatel odečíst od daňového základu výdaje nutné k udržení výroby, v případě zdravotní péče hradí nutné náklady léčení pojišťovna. Z hlediska lékaře jde formálně o dar určený k úhradě jeho nákladů léčení a stejně jako se dary přičítají k daňovému základu, je třeba přičítat náklady léčení hrazené pojišťovnou k regulačnímu základu pro výpočet krácení výkonových plateb. Samotný výpočet regulačního krácení plateb je stejný jako v případě progresivní, např. lineárně rostoucí daně. Při lineárně rostoucí sazbě je výše krácení plateb úměrná druhé mocnině základu a vytváří potřebnou zápornou zpětnou vazbu pro finanční stabilizaci zdravotních pojišťoven.

Účelem platebního regulačního mechanismu není dosažení maximálních úspor, ale pouze působení nezbytných zpětných vazeb. Platební regulace neovlivňuje přímo strukturu poskytované zdravotní péče a nevyžaduje stanovení specifických limitů pro různé výkony nebo dokonce pro jednotlivé nákladové položky. Jediným "souhrnným" omezením lékaře je regulace jeho výkonových úhrad závislá na vlastních nákladech.

Podstatou platebního regulačního mechanismu je vzorec, který pro každého poskytovatele zdravotní péče (tj. lékaře nebo tým lékařů) v dané odbornosti určuje způsob krácení plateb

zdravotní pojišťovny za vykázané výkony v hodnoceném období v závislosti na průměrných vykázaných výkonech a průměrných nákladech léčení. Vzorec nahrazuje funkci smluvních limitů a současně individuálně zohledňuje odlišné podmínky jednotlivých lékařů v závislosti na jejich referenčních výkonech a nákladech. Na začátku každého období je lékař názorně informován o použití vzorce ve formě přehledné tabulky, která udává konkrétní hodnoty regulace výkonových plateb pro dané vykázané výkony a náklady.

Návrh platebního regulačního mechanismu

Při použití progresivního krácení plateb pojišťovny není nutné předem omezovat rozsah poskytované zdravotní péče, protože s rostoucím objemem vykázaných výkonů v součtu automaticky klesá jejich cena. Rovněž vykázané náklady léčení může pojišťovna hradit v plném rozsahu bez jakéhokoli omezení, protože nadprůměrné náklady přičítané k základu regulace zvyšují tlak na úsporné léčení. Výsledná regulace závisí pouze na průměrných hodnotách a veškerá konkrétní rozhodnutí týkající se poskytované zdravotní péče a s ní spojených nákladů léčení zůstávají plně v kompetenci lékaře bez jakýchkoli smluvních limitů.

Platební regulační mechanismus je navrhován pro konkrétního lékaře v dané odbornosti a vychází z průměrných vykázaných výkonových resp. nákladových úhrad vztažených na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce podle úhradové vyhlášky (dále jen průměrné výkony, resp. průměrné náklady). ***Je třeba zdůraznit, že při použití průměrných hodnot je platební regulace sama o sobě nezávislá na počtu ošetřených pojištěnců, odvozuje se pouze z vlastních průměrných výkonů a nákladů a celostátních referenčních hodnot. Vyšší počet pacientů je naopak výhodný, protože snižuje průměrné hodnoty.***

V rámci obecného schématu ambulantního zařízení označíme X průměrné výkony vykázané lékařem za hodnocené období (přepočtené na Kč podle bodového ohodnocení) a Y průměrné náklady léčení spojené s jím poskytnutou zdravotní péčí. Analogicky označíme X_R jeho průměrné vykázané výkony za referenční období a X_C odpovídající celostátní průměrné výkony za referenční období. Podobně Y_R jsou vlastní průměrné referenční náklady lékaře a Y_C celostátní průměrné náklady za referenční období v dané odbornosti.

Regulovaná průměrná platba X' za vlastní výkony lékaře je, nezávisle na počtu ošetřených pojištěnců, dána vztahem

$$X' = X + \alpha X_C - A Z^2, \quad (\alpha > 1),$$

kde X jsou vykázané průměrné výkony, α je koeficient, který ovlivňuje intenzitu regulace, αX_C je plošné navýšení průměrného výkonu pro účely regulace, Z je individuální základ regulace, A je koeficient regulace a $A Z^2$ je velikost regulačního krácení průměrné úhrady. Výsledná regulovaná celková úhrada za vykázané výkony lékaře je dána součinem $X'N$, kde N je počet pojištěnců ošetřených lékařem.

Plošné navýšení průměrného výkonu αX_C , platné pro danou odbornost, tvoří rezervu pro krácení plateb, která se ale projeví reálným zvýšením výkonových úhrad při nízkých vlastních

nákladech. Přičítaná hodnota αX_C umožňuje snadné přizpůsobení regulačního mechanismu, má vliv pouze na intenzitu regulace a formálně odpovídá standardní slevě na dani.

Základ Z regulačního krácení výkonových plateb je definován jako vážený součet vlastních průměrných nákladů a výkonů:

$$Z = (X_R / X_C) X + (Y_R / Y_C) Y = w_x X + w_y Y, \quad w_x = (X_R / X_C), \quad w_y = (Y_R / Y_C),$$

kde w_x je individuální váha vlastních průměrných výkonů X a w_y je individuální váha vlastních průměrných nákladů Y . Vlastní výkony X resp. náklady Y se tak k regulačnímu základu Z přičítají s nižší vahou ($w_x < 1$, $w_y < 1$) v případě lékaře s podprůměrnými referenčními hodnotami ($X_R < X_C$, $Y_R < Y_C$) a jejich váha se naopak zvyšuje při nadprůměrných referenčních hodnotách ($X_R > X_C$, $Y_R > Y_C$). Použití váhových koeficientů v předchozím vzorci zvýhodňuje méně nákladnou zdravotní péči a vytváří předpoklady pro dlouhodobější motivaci lékařů, protože nízké referenční hodnoty X_R , Y_R jsou výhodné v dalším hodnoceném období.

Platební regulační mechanismus, kterým se regulují průměrné výkony X vykázané lékařem za hodnocené období v dané odbornosti, tak zahrnuje pouze dva volitelné parametry α a A . Konkrétně, po dosažení za regulační základ Z , dostaneme vzorec:

$$X' = X + \alpha X_C - A (w_x X + w_y Y)^2.$$

Regulační koeficient A lze odvodit, při daném vhodně zvoleném koeficientu α , jednotně pro danou odbornost z přirozeného požadavku nulové regulace při dodržení celostátních průměrných hodnot, tj. pro $X = X_R = X_C$ a $Y = Y_R = Y_C$. Regulační základ je v tomto případě roven prostému součtu obou celostátních průměrných hodnot:

$$Z = (X_R / X_C) X + (Y_R / Y_C) Y = X_C + Y_C$$

a z podmínky nulové regulace, tj. $X' = X_C$ plyne:

$$X' = X_C = X_C + \alpha X_C - A Z^2.$$

Po dosažení za Z dostaneme rovnici:

$$X_C = X_C + \alpha X_C - A (X_C + Y_C)^2,$$

ze které snadno odvodíme následující koeficient regulace

$$A = \alpha X_C / (X_C + Y_C)^2.$$

Výsledný regulační vztah pro danou odbornost, kterým se regulují průměrné výkony X vykázané lékařem za hodnocené období, tak zahrnuje jen volitelný parametr α :

$$X' = X + \alpha X_C - A (w_x X + w_y Y)^2 = X + \alpha X_C - [\alpha X_C / (X_C + Y_C)^2] (w_x X + w_y Y)^2.$$

Ze způsobu odvození plyne, že při zachování celostátních průměrných a referenčních hodnot, tj. pro $X = X_R = X_C$ a $Y = Y_R = Y_C$ se výkonové platby nezmění, ale vykázané průměry nižší než referenční (tj. $X < X_R$, $Y < Y_R$) zvyšují výkonové platby lékaře. Podobně, referenční průměry nižší než celostátní (tj. $X_R < X_C$, $Y_R < Y_C$) příznivě ovlivní celou regulaci.

Realizace platebního regulačního mechanismu

Regulační mechanismus založený na progresivním krácení plateb pojišťovny lze realizovat bez legislativních změn formou dodatku ke smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče, pouhou změnou smluvních podmínek poskytování a úhrady zdravotní péče (v souladu s §17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.). Všechny potřebné vstupní informace platební regulace jsou dnes běžnou součástí účetní agendy zdravotních pojišťoven. Dodatek smlouvy by měl pro každého poskytovatele zdravotní péče předem nabízet konkrétní popis regulace v hodnoceném období ve formě názorné tabulky, která udává výši bonifikace nebo krácení jím vykázaných průměrných výkonů v závislosti na vykázaných průměrných nákladech a měla by motivovat lékaře k úspornému rozhodování. Konečný výsledek regulace by měl být omezen krajními hodnotami pro případ výskytu atypických vstupních údajů.

Následující Tabulka 1 ukazuje příklad regulace průměrných vykázaných výkonů X v Kč (první řádek) v závislosti na výši průměrných nákladů Y v Kč (první sloupec) pro lékaře s referenčními průměrnými hodnotami rovnými celostátním průměrům, tj. pro $X_R = X_C = 1500$ Kč a $Y_R = Y_C = 2000$ Kč. Plošně navýšení průměrného výkonu v platebním regulačním mechanismu se při zvoleném $\alpha = 0.5$ rovná $\alpha X_C = 750$ Kč a koeficient regulace vychází $A = 0.00006$. Sloupec a řádek odpovídající daným referenčním průměrům jsou zvýrazněny kurzívou. V jednotlivých sloupcích je v horních řádcích patrné navýšení (bonifikace) regulovaných průměrných výkonů a jejich pokles s rostoucími náklady.

Tab. 1. Regulované průměrné výkony X' pro vykázané výkony X a náklady Y v Kč

Y:X:	1250	1300	1350	1400	1450	1500	1550	1600	1650	1700	1750
1750	1449	1480	1512	1543	1573	<i>1603</i>	1633	1663	1692	1721	1750
1800	1430	1462	1493	1523	1553	<i>1583</i>	1613	1642	1671	1700	1728
1850	1412	1443	1473	1503	1533	<i>1563</i>	1592	1621	1650	1678	1707
1900	1393	1423	1453	1483	1513	<i>1542</i>	1571	1600	1628	1657	1684
1950	1373	1403	1433	1463	1492	<i>1521</i>	1550	1578	1607	1634	1662
2000	<i>1353</i>	<i>1383</i>	<i>1413</i>	<i>1442</i>	<i>1471</i>	<i>1500</i>	<i>1528</i>	<i>1557</i>	<i>1584</i>	<i>1612</i>	<i>1639</i>
2050	1333	1363	1392	1421	1450	<i>1478</i>	1507	1534	1562	1589	1616
2100	1313	1342	1371	1400	1428	<i>1457</i>	1484	1512	1539	1566	1593
2150	1292	1321	1350	1378	1407	<i>1434</i>	1462	1489	1516	1543	1569
2200	1271	1300	1328	1357	1384	<i>1412</i>	1439	1466	1493	1519	1545
2250	1250	1278	1307	1334	1362	<i>1389</i>	1416	1443	1469	1495	1520

Tabulka 1 udává skutečnou výši regulovaných (tj. zvýšených nebo snížených) průměrných výkonů v Kč při různých hodnotách vykázaných průměrných výkonů a nákladů X resp. Y a při referenčních hodnotách $X_R = X_C = 1500$ Kč a $Y_R = Y_C = 2000$ v Kč. Příslušný referenční sloupec resp. řádek jsou označeny kurzívou. Vykázané průměrné výkony jsou uvedeny na ose X (1. řádek) a průměrné náklady na ose Y (1. sloupec). V levé horní polovině nad diagonálou jsou výkonové platby bonifikovány a pod diagonálou v pravé dolní polovině tabulky jsou penalizovány. Druhý řádek ukazuje vliv bonifikace na samotné výkonové platby při podprůměrných nákladech. V jednotlivých sloupcích je patrné navýšení regulovaných průměrných výkonů a jejich pokles s rostoucími náklady. Např. v pravém dolním rohu tabulky jsou vykázané průměrné výkony ve výši $X=1750$ Kč sníženy až na 1520 Kč v důsledku zvýšených vykázaných průměrných nákladů $Y = 2250$ Kč.

Tabulka 2 znázorňuje regulaci výkonových plateb z Tabulky 1 přehlednějším způsobem v procentech vykázaných průměrných výkonů. Údaje v procentech přibližně odpovídají změnám hodnoty bodu v haléřích. Na první pohled je zřejmé, že výrazně bonifikované hodnoty v levé horní polovině nad diagonálou odpovídají vykázaným průměrným hodnotám, které jsou nižší než referenční. Na diagonále je regulace nulová. S rostoucími průměry **X** a **Y** bonifikace klesá a postupně přechází v penalizaci. Druhý řádek ukazuje vliv bonifikace na výkonové platby při nízkých průměrných nákladech **Y**=1750 Kč. Při podprůměrných nákladech je možné překročit referenční výkony **X**=1450 bez penalizace. Regulované výkonové platby v levém horním rohu tabulky odpovídají navýšení hodnoty bodu o 16 haléřů a v pravém dolním rohu naopak snížení hodnoty bodu o 13 haléřů. Připomeňme, že intenzita regulace závisí na volbě plošného navýšení výkonových plateb αXc a měla by vytvořit dostatečně silnou motivaci na straně poskytovatelů zdravotní péče.

Tab. 2. Regulace výkonových průměrů v % X pro vykázané výkony a náklady X a Y

Y:X:	1250	1300	1350	1400	1450	1500	1550	1600	1650	1700	1750
1750	16	14	12	10	8	7	5	4	3	1	0
1800	14	12	11	9	7	6	4	3	1	0	-1
1850	13	11	9	7	6	4	3	1	0	-1	-2
1900	11	9	8	6	4	3	1	0	-1	-3	-4
1950	10	8	6	4	3	1	0	-1	-3	-4	-5
2000	8	6	5	3	1	0	-1	-3	-4	-5	-6
2050	7	5	3	2	0	-1	-3	-4	-5	-7	-8
2100	5	3	2	0	-1	-3	-4	-6	-7	-8	-9
2150	3	2	0	-2	-3	-4	-6	-7	-8	-9	-10
2200	2	0	-2	-3	-5	-6	-7	-8	-10	-11	-12
2250	0	-2	-3	-5	-6	-7	-9	-10	-11	-12	-13

Tabulka 2 udává velikost regulace výkonových plateb v procentech **X** při různých hodnotách vykázaných průměrných výkonů a nákladů podle Tabulky 1. Kladné hodnoty v levé horní polovině nad diagonálou udávají navýšení vykázaných průměrných výkonových úhrad **X** v procentech a záporné hodnoty pod diagonálou v pravé dolní polovině udávají krácení průměrných výkonových úhrad. Poznamenejme, že údaj v procentech zhruba odpovídá zvýšení resp. snížení hodnoty bodu v haléřích. Druhý řádek ukazuje vliv bonifikace na výkonové platby při nízkých průměrných nákladech **Y**=1750 Kč. V jednotlivých sloupcích je patrný pokles regulovaných průměrných výkonů s rostoucími průměrnými náklady **Y**. Z porovnání s Tab. 1 je vidět, že v pravém dolním rohu tabulky je vykázaný výkonový průměr ve výši **X**=1750 Kč snížen o 13% na 1520 Kč v důsledku výrazně zvýšených průměrných nákladů **Y**= 2250 Kč.

Tabulka 3 ukazuje, jak se důsledky platební regulace projeví na celkových platbách pojišťovny v případě konkrétního poskytovatele s Tabulkou 1. Z hlediska pojišťovny jsou výhodné celkové platby v levé horní polovině tabulky nad diagonálou, které jsou nižší než celostátní průměr. Příslušné úspory jsou podporované zvýšenou bonifikací podle Tabulky 2. Hodnoty pod diagonálou v pravé dolní polovině jsou spojeny s platbami pojišťovny, které jsou vyšší než celostátní průměr, ale jejich výskyt penalizuje Tabulka 2 citelně vyšším krácením výkonových úhrad poskytovatele. Je zřejmé, že finanční stabilita zdravotní pojišťovny závisí na

celkovém výsledku regulace, tj. na výsledném chování všech smluvních partnerů individuálně motivovaných pomocí regulačního mechanismu.

Tab. 3. Celkové platby pojišťovny ($X'+Y$) v % celostátní průměrné platby (X_C+Y_C)

Y:/X:	1250	1300	1350	1400	1450	1500	1550	1600	1650	1700	1750
1750	91	92	93	94	95	96	97	98	98	99	100
1800	92	93	94	95	96	97	98	98	99	100	101
1850	93	94	95	96	97	98	98	99	100	101	102
1900	94	95	96	97	98	98	99	100	101	102	102
1950	95	96	97	98	98	99	100	101	102	102	103
2000	96	97	98	98	99	100	101	102	102	103	104
2050	97	98	98	99	100	101	102	102	103	104	105
2100	98	98	99	100	101	102	102	103	104	105	106
2150	98	99	100	101	102	102	103	104	105	106	106
2200	99	100	101	102	102	103	104	105	106	106	107
2250	100	101	102	102	103	104	105	106	106	107	108

Tabulka 3 udává velikost průměrných plateb pojišťovny ($X'+Y$) v % celostátní průměrné platby (X_C+Y_C) při různých hodnotách průměrných výkonů a nákladů X resp. Y vykázaných lékařem podle Tabulky 1. Platby v levé horní polovině nad diagonálou jsou menší než 100%, tj. menší než celostátní průměr. Z hlediska pojišťovny představují úspory a jsou podporované zvýšenou bonifikací podle Tabulky 2. Hodnoty pod diagonálou v pravé dolní polovině jsou větší než 100%, tj. jsou spojeny se zvýšenou platbou pojišťovny, ale jejich výskyt penalizuje Tabulka 2 zvýšeným krácením výkonových úhrad lékaře.

Tab. 4. Regulace průměrných výkonů v % X pro zvýšené náklady $Y_R = 2200$ Kč

Y:/X:	1250	1300	1350	1400	1450	1500	1550	1600	1650	1700	1750
1950	4	2	0	-1	-3	-4	-6	-7	-8	-9	-10
2000	2	0	-2	-3	-5	-6	-7	-8	-10	-11	-12
2050	-0	-2	-3	-5	-6	-8	-9	-10	-11	-12	-13
2100	-2	-4	-5	-7	-8	-9	-10	-12	-13	-14	-15
2150	-4	-6	-7	-8	-10	-11	-12	-13	-14	-15	-16
2200	-6	-7	-9	-10	-12	-13	-14	-15	-16	-17	-18
2250	-8	-9	-11	-12	-13	-14	-16	-17	-18	-19	-20
2300	-10	-11	-13	-14	-15	-16	-17	-18	-19	-20	-21
2350	-12	-13	-15	-16	-17	-18	-19	-20	-21	-22	-23
2400	-14	-15	-17	-18	-19	-20	-21	-22	-23	-24	-25
2450	-16	-17	-19	-20	-21	-22	-23	-24	-25	-25	-26

Tabulka 4 udává velikost regulace výkonových plateb lékaře v procentech X pro různé vykázané průměrné výkony a náklady X a Y , při zvýšených průměrných referenčních nákladech $Y_R = 2200$ Kč. Vykázané průměrné náklady Y se tak přičítají k regulačnímu základu Z se zvýšenou vahou $w_y = 1,1$. Připomeňme, že údaj v procentech přibližně odpovídá zvýšení resp. snížení hodnoty bodu v haléřích. S výjimkou několika údajů v levém horním rohu tabulky jsou všechny hodnoty záporné, tj. odpovídají výraznému krácení výkonových úhrad X . Intenzita regulace závisí na velikosti plošného navýšení průměrného výkonu αX_C a je možné ji omezit krajními hodnotami.

Tabulky 1 až 3 odpovídají poskytovateli zdravotní péče, jehož průměrné referenční výkony a náklady se shodují s celostátními průměry. Referenční průměry vyšší než celostátní výrazně zesilují krácení výkonových plateb prostřednictvím zvýšených vah w_x a w_y při výpočtu regulačního základu ale i samotnou progresivní závislostí na základu regulace. Tabulka 4 udává velikost regulace průměrných výkonů v procentech X pro různé vykázané průměrné výkony a náklady X a Y , při zvýšených referenčních průměrných nákladech $Y_R = 2200$ Kč. Z tabulky je vidět, že při pouhém zopakování obou referenčních hodnot ($X = X_R = 1500$ Kč, $Y = Y_R = 2200$ Kč) se průměrné výkonové platby krátí o 13 procent a teprve výrazně nižší vykázané průměrné výkony a náklady ($X < 1350$ Kč, $Y < 2050$ Kč) ruší penalizaci. Tabulka 4 dokládá zátěž, kterou představují zvýšené referenční průměrné náklady pro výsledek regulace v dalším období.

Použití platební regulace

Předchozí popis platebního regulačního mechanismu vychází z obecných podmínek obvyklých v oblasti ambulantní péče, ale je použitelný i pro jiná zdravotnická zařízení. Návrh mechanismu vyžaduje pouze jednoznačné vymezení výkonových a nákladových plateb pro výpočet regulačního základu.

K regulačnímu základu by měly být přičítány, pokud možno v nezkreslené výši, všechny náklady léčení, které může lékař svým rozhodováním ovlivnit. Měly by zahrnovat např. předepsané léky, použitý materiál a všechna vyžádaná vyšetření, při zachování všech používaných postupů a s možností částečného zápočtu finančně náročných položek. Předem neznámé náklady doporučené péče (např. hospitalizace, rehabilitace, lázně a pod.) by měly být zahrnuty ve formě paušální částky (např. na základě průměrného odhadu). Většina údajů úhradové vyhlášky týkajících se bodového ohodnocení výkonů a nákladových položek je použitelná beze změn, platební regulace pouze odstraňuje smluvní omezení a limity a nahrazuje jejich působení pomocí stabilizujících zpětných vazeb.

Specifický problém platební regulace představují lůžková zařízení, na která připadají více než dvě třetiny všech výdajů ve zdravotnictví. Současný stav, kdy partnerem pojišťovny je lůžkové zařízení jako celek, by bylo nutné doplnit dalšími smlouvami podle jednotlivých oddělení, kdy partnerem by měl být vedoucí lékař (primář) s pravomocí rozhodovat o způsobu a nákladech poskytování zdravotní péče v oddělení. Pro výpočet výkonových resp. nákladových plateb by bylo možné využít stávající velmi podrobné postupy stanovené úhradovou vyhláškou. Hlavní změna by spočívala v odstranění všech konkrétních omezení, u kterých lze předpokládat, že jejich funkci může nahradit platební regulační mechanismus.

Samostatná smlouva s pojišťovnou by posílila postavení vedoucího lékaře a patrně by si vyntila i rozšíření jeho současných kompetencí. Řešení vztahů mezi vedením lůžkového zařízení a odděleními by nemělo být zdrojem podstatných problémů vzhledem k společným zájmům.

Vlastnosti platebního regulačního mechanismu

Vztah pacienta a lékaře nemá a nemůže mít tržní charakter, určitá analogie s trhem je ale i ve zdravotnictví aktuální. Stejně jako rozhodující předností tržního hospodářství je široká nabídka cenově dostupného zboží, i ve zdravotnictví je třeba docílit ekonomické rovnováhy bez omezování nabídky, tj. tak, aby s rostoucí nabídkou klesala skutečná cena zdravotní péče. ***Pokles nákladů zdravotní péče při rostoucí nabídce, vynucený regulačním mechanismem, je zřejmě jediným systémově čistým řešením problému růstu výdajů ve zdravotnictví.***

Platební regulační mechanismus začíná výrazným navýšením průměrné výkonové platby, které odpovídá zvýšení hodnoty bodu, např. o 50 haléřů. Z této hodnoty platební regulace "ukrajuje", ale při nízkých výkonech nebo nákladech se část navýšení reálně projeví na výsledné platbě. Důležité je, že regulace ponechává lékaři velký prostor pro rozhodování bez limitů a omezení. Podle svých osobních podmínek může lékař zlepšit svoji výslednou bilanci úsporami nákladů nebo prováděním některých výkonů i při klesající úhradě a nehrozí mu přitom neproplacené náklady léčení. Současně nabízí platební regulace zdravotním pojišťovnám finanční stabilitu.

Na rozdíl od zdanění výrobní činnosti systém regulace plateb za vykázanou zdravotní péči individuálně respektuje rozdílné pracovní podmínky lékařů a způsob jejich rozhodování. Regulační účinek vykázaných výkonů a nákladů závisí na velikosti výkonové váhy w_x resp. váhy přičítaných nákladů w_y . Zvýhodňuje lékaře s nízkými referenčními průměry X_R resp. Y_R a měl by ponechávat dostatečný prostor pro individuální rozhodování v kontaktu lékaře s pacientem. Předmětem platební regulace jsou pouze výkonové úhrady požadované lékařem. ***Při nadprůměrných vykázaných výkonech se v důsledku regulace snižuje skutečná cena poskytované zdravotní péče a tím klesá finanční přínos dalšího zvyšování vykázaných výkonů. Nicméně, provádění dalších výkonů závisí na rozhodnutí lékaře a může být i při klesající úhradě výhodné a významně zvýšit jeho výkonové platby.*** Uvedený mechanismus umožňuje "tržní" korekci původního administrativně stanoveného bodového ohodnocení výkonů [2]. Mohl by zvýšit celkovou produktivitu zdravotní péče a snížit její náklady.

Platební regulační mechanismus má potenciálně řadu předností. Především nemůže selhat, protože volbou parametrů mechanismu lze zaručit jakýkoli potřebný ekonomický výsledek regulace. Nezasahuje přímo do odborných otázek, nevyžaduje zavádění limitů, toleruje individuální pracovní podmínky a přístupy a ve svých důsledcích významně posiluje postavení lékaře ve zdravotnictví. ***Místo nedokonalé úhradové vyhlášky by o poskytované zdravotní péči a jejích nákladech s plnou zodpovědností a s detailní znalostí konkrétních případů rozhodovalo 38 000 českých lékařů.***

Při zajištěné finanční stabilitě pojišťoven by nebylo nutné administrativně omezovat nabídku zdravotní péče a smluvní kapacity zdravotnických zařízení. Součástí regulačního systému by proto měla být podstatná liberalizace přístupu pacientů ke zdravotnickým zařízením jako nezbytná protiváha možných úsporných tlaků ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Případné duplicity by neměly ohrozit finanční stabilitu regulace.

Důležitou předností navrhovaného platebního regulačního mechanismu je možnost jeho ověření v omezeném rozsahu s minimálním rizikem z hlediska pojišťovny, na základě dobrovolné spolupráce malého počtu lékařů. Platební regulace může vycházet z předpokladu kladného přijetí ze strany lékařů, protože odstraňuje administrativní omezení v procesu poskytování zdravotní péče. Současně ovlivňuje výsledné ceny zdravotní péče a náklady s ní spojené a může tak vytvořit rezervy pro zlepšení jejich finanční situace. Z dlouhodobého hlediska by platební regulační mechanismus mohl přispět k narovnání deformovaných tržních vztahů mezi dodavateli zdravotnictví a lékaři v postavení přímých zákazníků.

Odhaduje se [4], že v České republice jen 40% příjmů zdravotního pojištění směřuje do oblasti mezd a 60% do oblasti nákladů, zatímco v průmyslově vyspělých zemích je poměr opačný. Veřejné výdaje na zdravotnictví [5] činily v roce 2016 celkem 276 miliard Kč takže uvedený 20%-ní rozdíl by odpovídal potenciálním mzdovým rezervám zdravotnictví přes 55 miliard Kč. Základním předpokladem platební regulace je plošné navýšení výkonových plateb spojené s úsporami v oblasti nákladů zdravotní péče, s jejichž pomocí by se tento stav mohl změnit.

Platební regulační mechanismus má pravděpodobně značný konkurenční potenciál z hlediska zdravotních pojišťoven. Měl by lékařům usnadňovat práci a měl by výrazně zlepšit jejich finanční situaci. Pokud bude platební regulace výhodná pro lékaře, potom následně zcela jistě dojde k migraci pacientů k pojišťovně, která jej používá.

Ing. Jiří Grim, CSc.

Ústav teorie informace a automatizace AVČR

18208 PRAHA 8 - Libeň, P.O. Box 18, Pod vodárenskou věží 4

E-mail: grim@utia.cas.cz

Reference:

[1] Vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018.

https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlaska-c353/2017-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvysehuhrad-hrazenych-sluzeb-a_14409_11.html

[2] Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, Vyhláška č. 354/2017 Sb.

<https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=354&r=2017>

[3] Ročenka VZP ČR za rok 2016.

<https://www.vzp.cz/o-nas/kdo-jsme/dokumenty/rocenky>

[4] Marie Korejsová: Systém úhrad zdravotní péče v českém zdravotnictví.

https://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/vyuka/studijni-materialy/MPL/studijni-materialy/System_uhrady_zdravotni_pece_Ing_Korejsova.ppt

[5] Zdravotnická ročenka České republiky 2016.

<https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2016>