



cutting through complexity

Úhradové mechanizmy a jejich dopad na zdravotní pojišťovny

Mgr. Jan Kvaček

(jkvacek@kpmg.cz)

červen 2014



Proč se zabývat úhradami?

Zásadní ekonomický dopad na pojišťovnu

Platné mechanismy mají vliv nejen na příslušný rok, ale i na roky budoucí!

Dopad platných mechanismů je ovlivnitelný

Správně nastavené procesy mohou znamenat podstatný finanční rozdíl

O co je vhodné se při kontrole zajímat?

Úhradové dodatky – minulé/vyhláškované/aktuální/realita

- Co vedlo k podobě dodatku? Mohl být uzavřen výhodněji?
- Odpovídá vyúčtování dohodě?
- Byly maximálně využity nástroje jako regulace a revize? Pokud ne, proč?
- Co plyne z podoby dodatku pro budoucí období?

Jaké cíle sleduje MZČR úhradovou vyhláškou pro rok 2014?

Základním cílem byla stabilizace systému v.z.p.

- Ekonomická stabilizace VZP
- Zapojení rezerv ZZP
- Maximální podpora segmentu akutní lůžkové péče
- Stabilizace či růst u ostatních segmentů
- Pokračování v narovnávání úhradových podmínek
- Zohlednění nálezu ústavního soudu

Ekonomická stabilizace VZP

VZP hrozil na konci roku 2013 schodek přibližně 3 mld. Kč

Díky finanční intervenci státu VZP nemá závazky po lhůtě splatnosti

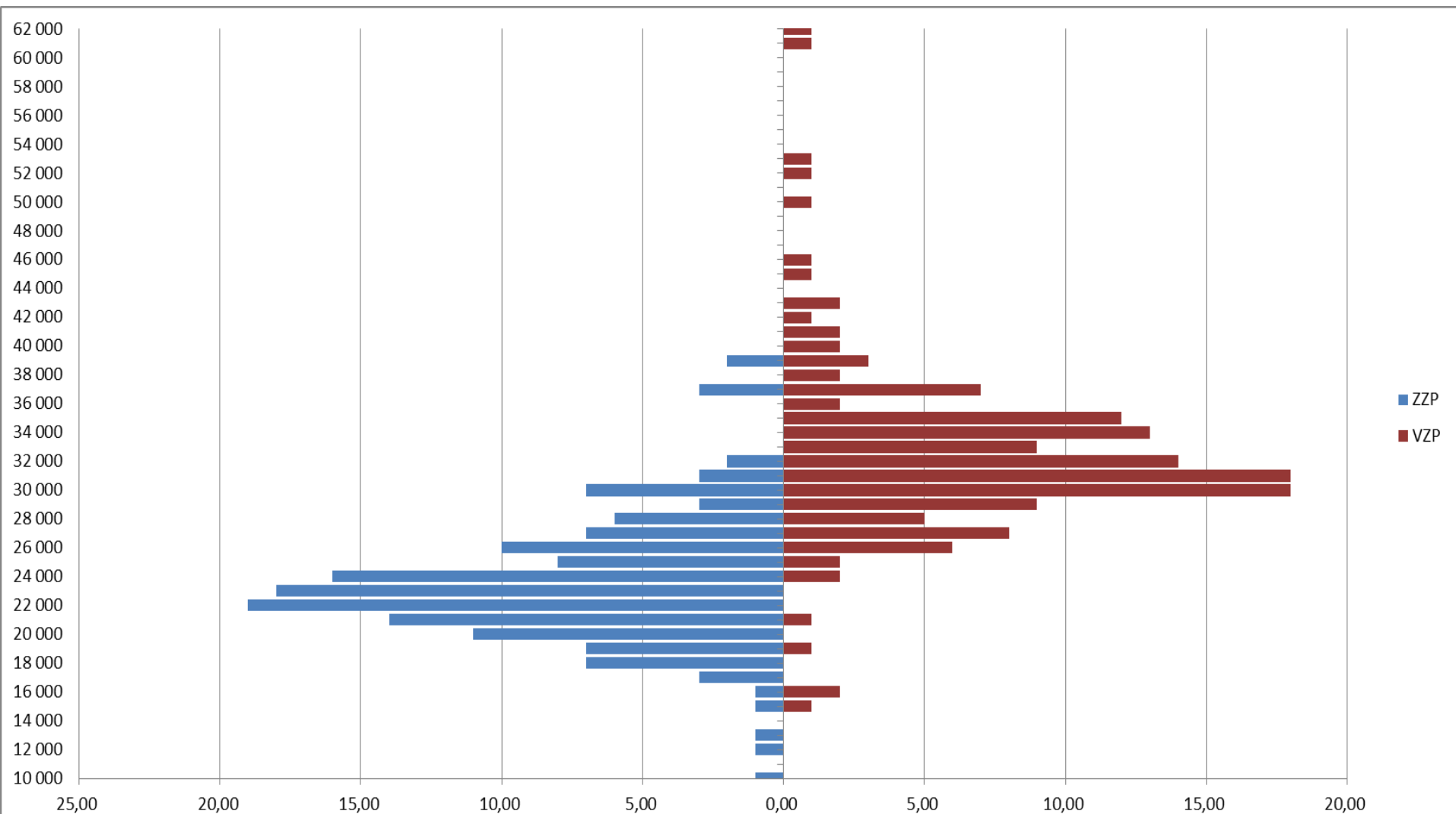
Zapojení rezerv ZZP

Zůstatky na fondech ZZP na konci roku 2013 přesahovaly 10 mld. Kč

Úhradová vyhláška 2014 předpokládá deficitní hospodaření ZZP

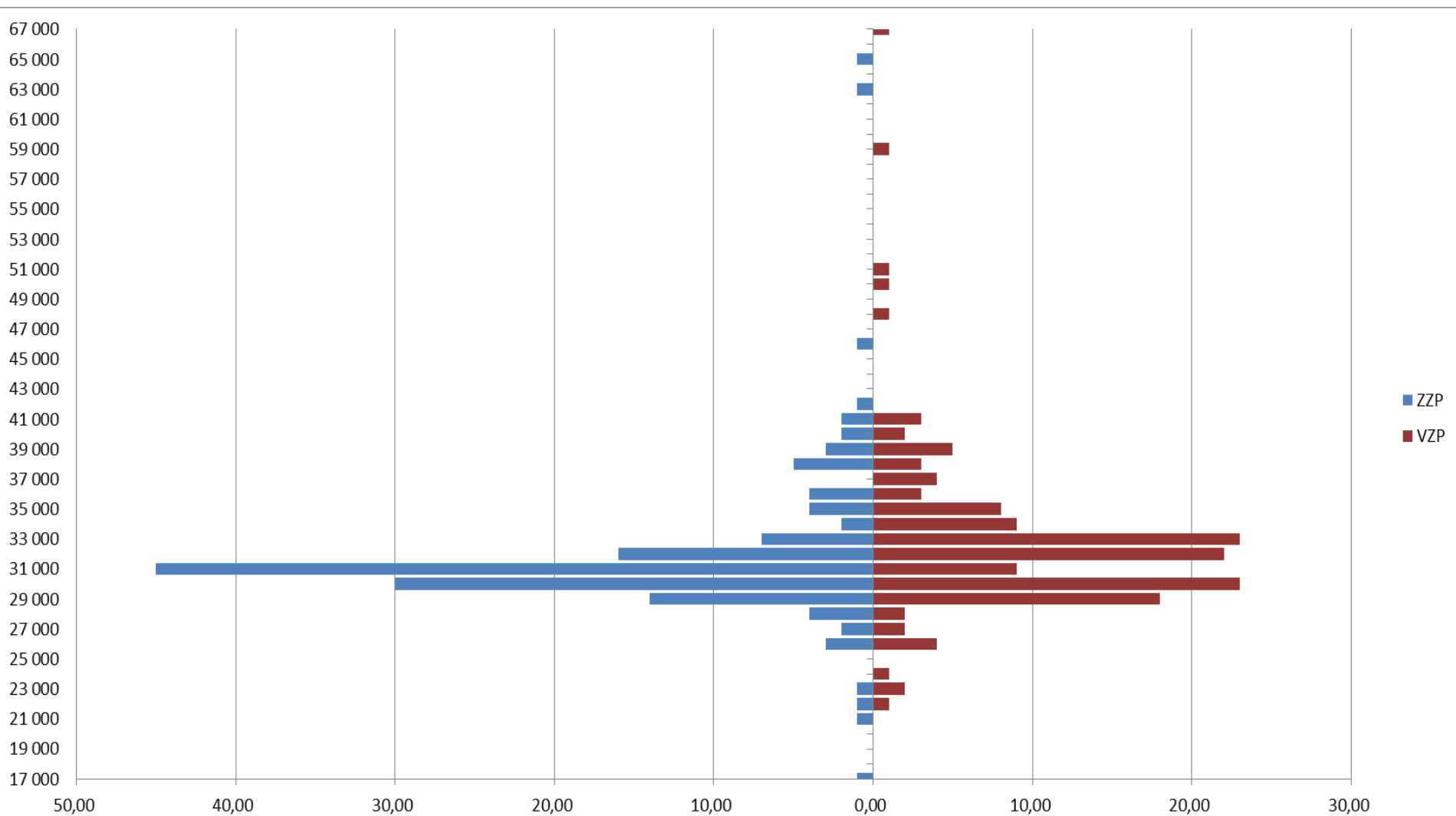
Segment nemocnic v roce 2012, 2013 a nadcházejících období

Základní sazby ZZP a VZP v roce 2012



Segment nemocnic v roce 2012, 2013 a nadcházejících obdobích

Směrování základních sazeb ZZP a VZP na rok 2014



Vybrané segmenty dle úhradové vyhlášky:

- Příloha č. 1 – nemocnice
 - Akutní lůžková péče
 - Následná péče
 - Ambulantní péče
- Příloha č. 3 – ambulantní specialisté
- Příloha č. 5 – komplement

Příklady z úhradové vyhlášky 2014

Akutní lůžková péče:

- Úhrada skrze případový paušál (DRG) nebo „balíčky“
- Nemocnice vykazuje péči pomocí casemixu
- Nemocnice je vázána regulačními omezeními

Ambulantní specialisté a komplemet:

- Výkonová úhrada skrze hodnotu bodu
- Poskytovatel vykazuje péči skrze vykázané výkony
- Úhrada se pohybuje v mezích regulačních omezení

Detailní pohled na vybrané oblasti

Individuálně sjednaná složka úhrady:

- Od roku 2013 vyřazena většina skupin, pravidla ne pro skupiny, ale pro celé baze
- Motivace regulátorem k dohodě do 30. dubna 2014
- V případě nedohody:

$$ÚHR_{ZZ}^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_{i,ZZ}^{ho} * \frac{ÚHR_{i,ZZ}^{2013}}{PP_{i,ZZ}^{2013}} \right\}; 0,75 * \sum_{i=1}^n ÚHR_{i,ZZ}^{2013} \right)$$

Za případ se hradí průměrná referenční úhrada v dané bazi

75 % úhrady referenčního roku

Detailní pohled na vybrané oblasti

Individuálně sjednaná složka úhrady:

- Úhradová vyhláška nutí pojišťovnu se dohodnout alespoň v některých případech – celková suma úhrad musí přesáhnout 85 % reference

$$\sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{ho} \geq 0,85 * \sum_{zz=1}^q \dot{U}HR_{i,zz}^{2013}$$

Pojišťovna musí celkem zaplatit alespoň 85 % reference

Detailní pohled na vybrané oblasti

Individuálně sjednaná složka úhrady

- Obsah bazí není úplně homogenní a silná nehomogenita může být i mezi nemocnicemi, kontrakt vhodný pro jedno zařízení může být naprosto nevhodný pro jiné
- Vykázané jednotkové ceny materiálu v DRG skupinách

IR-DG	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
05011	373	240 690	227 844	4 105	441 700	113 893
05012	508	213 825	215 156	770	774 093	115 309
05013	281	135 452	104 489	673	434 845	119 272
05070	229	29 229	24 640	4 341	102 492	16 623
05111	1 802	38 318	37 180	604	98 067	14 804
05112	916	34 568	32 112	573	95 268	14 847
05113	233	35 542	29 843	651	312 671	24 781
05161	76	45 956	45 449	7 358	99 059	19 252
05162	60	43 729	45 617	6 008	82 500	17 777
05163	14	38 362	36 982	8 808	86 015	23 477

Individuálně sjednaná složka – co sledovat?

- Byly k 30. dubnu uzavřeny dodatky v této oblasti?
- Je rozsah nasmlouvaných služeb dostatečný pro pojištěnce?
- Je naplněno nařízení vlády o časové a místní dostupnosti?
- Jsou prováděny revize v dostatečném rozsahu?
- Mohla pojišťovna dosáhnout výhodnějšího úhradového scénáře?

Detailní pohled na vybrané oblasti

Centrová léčiva:

Bod 2.2.1

- V případě vzácných onemocnění podstatná změna – úhrada zastropována pouze na pacienta, počet pacientů zastropován není
- Výpočet v sobě nese skrytý finanční bonus – počítají se všichni pacienti v referenci bez ohledu na dobu léčby tak, jako kdyby byli léčeni po celý rok

$$Uhr_{max} = 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}}$$

Pacient léčený v referenci po jediný měsíc přinese pro hodnocené období dvanáctinásobné množství prostředků

Detailní pohled na vybrané oblasti

Centrová léčiva:

Body 2.2.2 a 2.2.3

- Zastropované na základě referenční produkce (UOP2013)
- V obou bodech se skrývá bonus obdobně jako v bodě 2.2.1
- Omezení ceny za jednotku na 98 % reálně znamená v případě bodu 2.2.2 růst 5,8 % (namísto 8 %) a v bodě 2.2.3 stagnaci

- Výpočet bodu 2.2.2:
$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} * 1,08 \right)$$

- Výpočet bodu 2.2.3:
$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^n \left(0,98 * 12 * \frac{Uhr_{i,2013}}{M_{i,2013}} * UOP_{i,2013} * 1,02 \right)$$

Centrová léčiva – co sledovat?

- Je smluvní pokrytí dostatečné pro pacienty? Je naplňováno nařízení vlády o časové a místní dostupnosti?
- Jsou prováděny revize v dostatečném rozsahu?
- Segment centrových léků v posledních letech strmě roste, jsou nárůsty srovnatelné s ostatními pojišťovnami?

Úhrada případovým paušálem (DRG):

■ Zrušení DRG- β a DRG- γ

**Tyto baze jsou stále silně
nehomogenní!**

- DRG- β vzniklo v důsledku faktu, že některé baze byly příliš nehomogenní pro použití v úhradách, dříve výkonová úhrada
- DRG- γ vzniklo jako reakce na skutečnost, že vybraným bazím v roce 2013 měl být umožněn 8% růst

Detailní pohled na vybrané oblasti

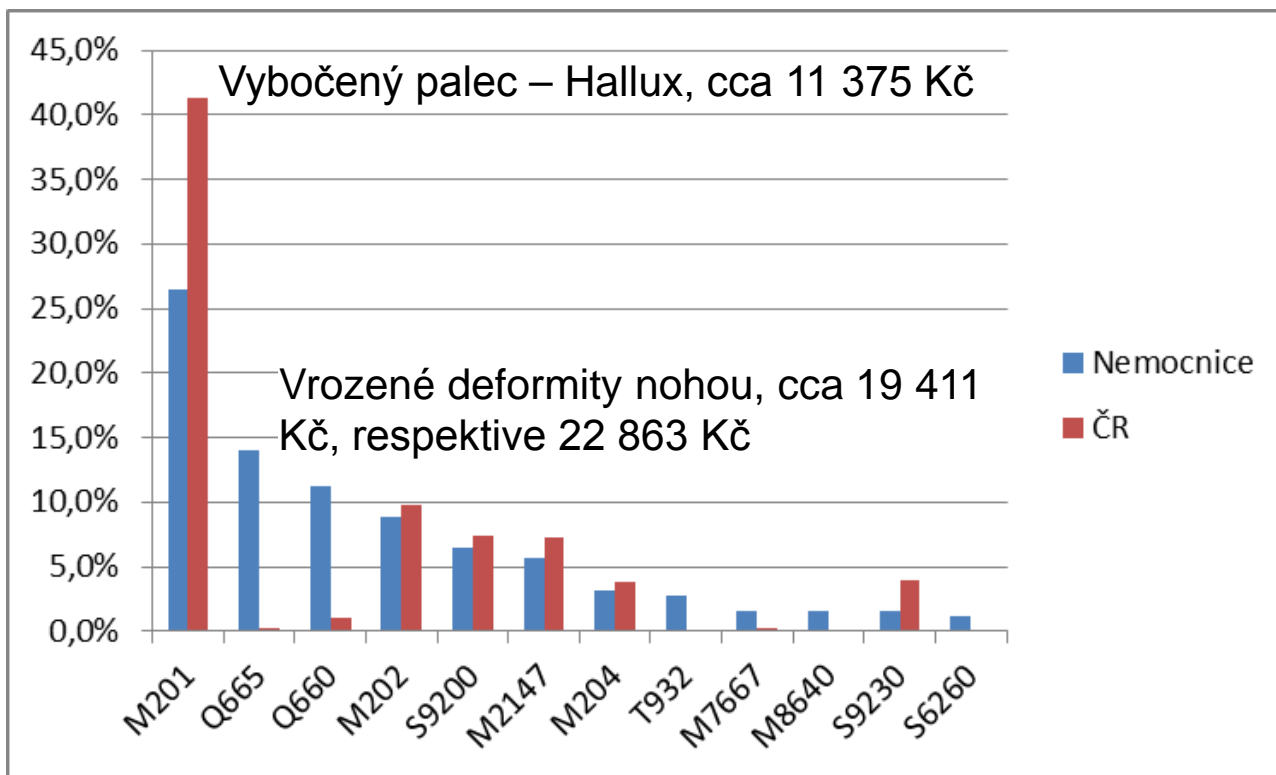
Úhrada případovým paušálem (DRG):

- V roce 2014 jde o paušál podmíněný produkcí
 - Rok 2013 a 2012 – produce měřená casemixem se násobila individuální základní sazbou
 - Rok 2014 – z referenční produkce se spočítá maximální paušál, který je vyplacen z takového procenta, na kolik je splněno produkční kritérium měřené casemixem
 - Je to opravdu rozdíl? – jen na papíře, pokud vydělíme paušální úhradu minimální produkcí nutnou na její dpsažení, dostaneme IZS, se kterou lze operovat jako v minulých letech
 - Je to opravdu rozdíl? – V letech 2012 a 2013 existovaly absolutní stropy, systém bylo možné přepočítat na mechanismus roku 2014

Detailní pohled na vybrané oblasti

Jsou úhrady poskytovatelům přiměřené?

Konkrétní příklad z DRG



Skupina 08141 – Výkony na chodidle bez cc

Průměrné náklady na případ: 14 761 Kč

Existují oblasti, kde pojišťovna významně přeplácí nemocnice!

Výpočet úhrady za případový paušál – jak ovlivní rok 2012 úhrady 2014?

Dosažitelným maximem je individuální paušální úhrada (IPU)

- V prvním kroku je třeba přepočítat referenční produkci
- Referenční produkce se ocení dle nových pravidel
- Vypočítají se hodnoty horního a spodního risk-koridoru
- Vypočítá se preferovaná produkce roku 2014 a preferovaný průměrný casemix
- Spočítá se vyhlášková hodnota extramurální péče v referenčním období

Extramurální péče

V roce 2014 je prvně extramurální péče podrobně řešena ve vyhlášce

- Referenční extramurální péče vázaná na DRG- α
 - Pojišťovna musí poskytovateli sdělit podrobnou strukturu extramurální péče, aby ji nemocnice mohla ocenit dle vyhlášky

- Referenční extramurální péče vázaná na DRG- β a bývalé balíčky
 - Pojišťovna musí podrobnou strukturu poskytnout

Výpočet individuální paušální úhrady

Přepočítání referenční produkce, co je třeba

- Objem casemixu v jednotlivých DRG skupinách dle pravidel pro rok 2012
- Tabulka s hodnotami koeficientu specializace pro jednotlivé skupiny

$$KS_{CM_p,2012} = \sum_{i=1}^n KS_{p,i} * CM_{drgi,2012}$$

Koeficient specializace
pro skupinu „i“

Casemix v ve skupině „i“

Výpočet individuální paušální úhrady

Ocenění přepočtené referenční produkce

- Hodnota přepočtené referenční produkce se upraví koeficientem přechodu pojištěnců, ocení jednotnou základní sazbou a sníží o náklady na léky v příloze č. 14 (hemofilie)
- Léky uvedené v příloze č. 14 se odečítají, jelikož v referenčním roce byly zohledněny v relativních vahách a v roce 2014 jsou vyjmuty a hrazeny zvlášť

$$KS_{CM_p, 2012} * TZS * Kp_p - Úhr_{14}$$

Získaná hodnota bude porovnána s horním a spodním risk-koridorem

Detailní pohled na vybrané oblasti

Výpočet individuální paušální úhrady

Nemocnice nemůže přesáhnout 150 % své referenční úhrady a nemůže podkročit 97 % své referenční úhrady, upravené o koeficient přechodu pojištěnců

V $PU_{drg,2012}$ je započtena hodnota extramurální péče!

$$1,5 * Kp_p * PU_{drg,2012}$$

Horní risk-koridor

$$0,97 * Kp_p * PU_{drg,2012}$$

Dolní risk-koridor

- Výsledkem je maximální **IPU** pro poskytovatele od dané zdravotní pojišťovny

Detailní pohled na vybrané oblasti

Sledování produkce v roce 2014

Paušál je podmíněný produkcí, de facto jde o platbu za diagnózu

- Nemocnice dosáhne takového procenta IPU, kolik procent požadované produkce splní
- Mechanismus je shodný s rokem 2013, nemocnice je motivována k udržení náročnosti produkce v mezích určených referenčním rokem

$$CM_{red} = \min \left\{ CM_{drg,2014}; \left(CM_{drg,2014} \right)^{0,2} * \left(1,05 * PP_{drg,2014} * \frac{CM_{drg,2012}}{PP_{drg,2012}} \right)^{0,8} \right\}$$

Při překročení referenčního průměrného casemixu na případ o více než 5 % natává degese

Detailní pohled na vybrané oblasti

Dokončení výpočtu úhrady v roce 2014

- K získání maximální IPU je nutné vyprodukovat alespoň 97 % referenčního casemixu upraveného o koeficient přechodu pojištěnců
- Od výsledné úhrady je pojišťovnou odečtena vyhlášková hodnota extramurální péče (*Ize chápat jako odečtení ze separátního rozpočtu na extramurální péči, které může při nekontrolovaném vývoji přetéct až do snížení úhrady*)

$$\blacksquare \quad CELK \ PU_{drg,2014} = \min \left\{ 1; \frac{CM_{red}}{0,97 * Kp_p * CM_{drg,2014}} \right\} * IPU - EM_{2014}$$

Produkční kritérium, pokud je CM_{red} menší, IPU se sníží, pokud je ovšem vyšší, nemůže skrze funkci minimum IPU překročit

Praktický příklad – přechod z paušálu na DRG

Cílem je spočítat individuální základní sazbu za období, kdy byl s pojišťovnou dohodnut globální paušál

- Je naprosto nevhodné používat při výpočtu individuální hodnotu bodu!
- Počty ošetřovacích dní v následné a dlouhodobé péči se vynásobí vyhláškovými úhradami za OD a toto číslo se odečte od paušálu
- Veškerá ambulantní péče se ocení dle vyhlášky (i)
 - Je nutné neaplikovat žádný risk-koridor, takový krok ve výpočtu by vedl k čisté ztrátě!
 - Je žádoucí aplikovat regulace na hodnotu bodu dle referenční vyhlášky, v opačném případě by došlo ke znehodnocení IZS!

Praktický příklad – přechod z paušálu na DRG

Pokračování z předchozího snímku...

- Veškerá ambulantní péče se ocení dle vyhlášky (ii)
 - Je žádoucí snížit ambulantní část o případné regulace za vyžádaná vyšetření, léky, zdravotnické prostředky a podobně, v opačném případě by o tyto srážky byla snížena ISU!
- Od zbývající části paušálu se odečte úhrada za centrové léky
- Dle vyhláškových hodnot se odečtou případné další části s tím, že vždy se odečítané hodnoty musí snížit o modelovou hodnotu vyhláškových regulací
- Výsledná částka je úhradou za akutní lůžkovou péči, po vydělení casemixem dostaneme **individuální základní sazbu referenčního období** pro daný kontrakt

Detailní pohled na vybrané oblasti

Úhrada formou případového paušálu, co sledovat?

- Jsou revize prováděny v dostatečné míře? Jakým způsobem jsou vyhledávány oblasti k revizím?
- Existují oblasti, kde pojišťovna výrazně přeplácí poskytovatele? Kolik prostředků takto ztrácí?
- Byla dostatečně revidována péče poskytnutá v referenčním období? Pokud ne, o jaké prostředky pojišťovna přišla?
- Byly dodrženy všechny lhůty na předání informací poskytovatelům a uzavření dodatků?
- Odpovídá vyúčtování úhradovému dodatku?
- Jsou nastaveny procesy tak, aby nemohlo dojít k opomenutí?
- Jak se pojišťovna staví k nejednoznačným pasážím ve vyhlášce?

Ambulantní složka úhrady

Hodnota bodu se nově dělí na fixní a variabilní složku

- Nový mechanismus je reakcí na nález ústavního soudu z roku 2013

$$HB_{red} = FS + VS$$

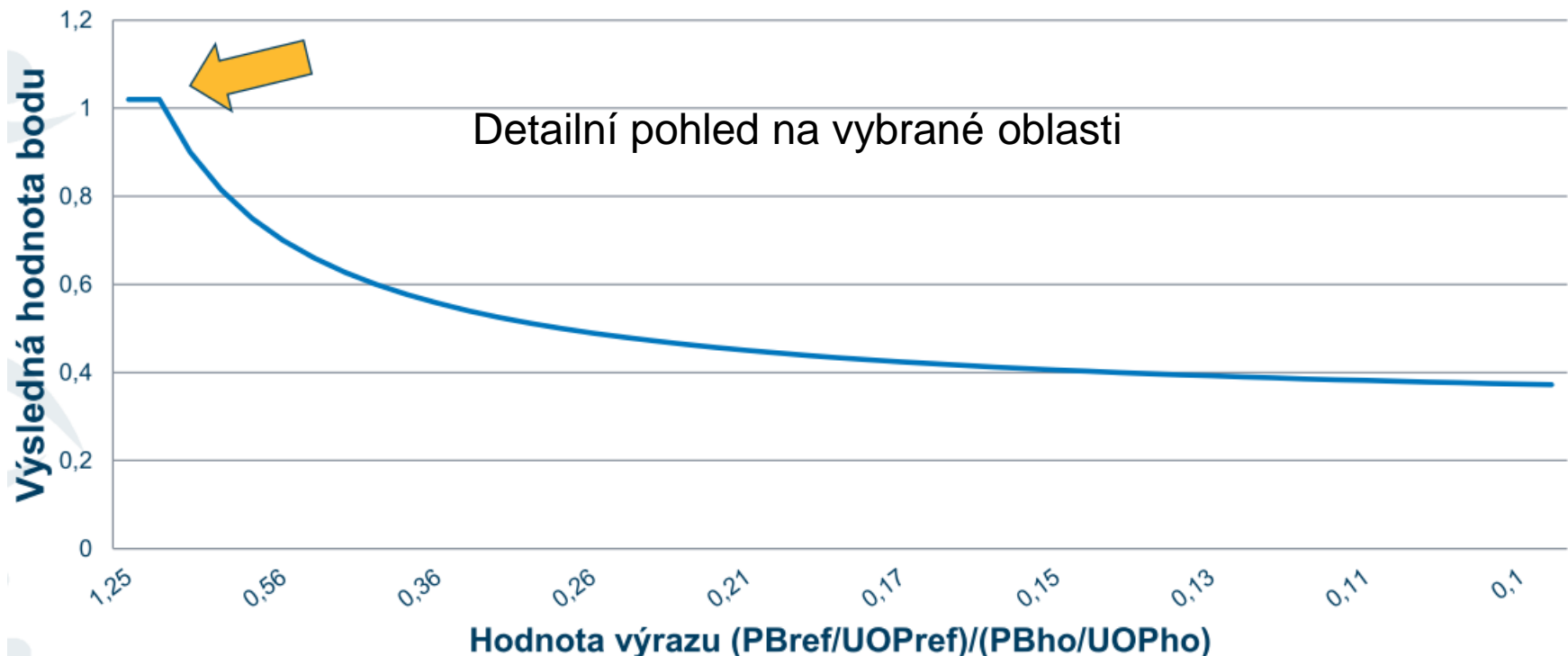
- V případě, kdy zařízení splní regulaci na průměrné množství bodů na unikátní rodné číslo, je VS rovna dopočtu do plné hodnoty bodu
- Pokud dojde k překročení regulace, jsou veškeré vykázané body sníženy
- Celková proporce efektu je shodná s mechanismem aplikovaným v roce 2013, nový mechanismus jen více akcentuje pohled pomocí **průměrných nákladů**

Detailní pohled na vybrané oblasti

Ambulantní složka úhrady

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1, \left(\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right) / \left(\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}} \right) \right\}$$

Jedná se o prostý podíl průměrného počtu podů na unikátního pojištěnce v referenci dělený tímtéž číslem za období hodnocené



Úhrada ambulantních specialistů, co sledovat?

- Probíhá úhrada v souladu s úhradovým dodatkem? Pokud ne, jaký je finanční dopad včetně dopadu do budoucích období?
- Jsou včas předány veškeré potřebné dokumenty? Jak se pojišťovna staví k nejasným ustanovením? Existuje metodika, právní výklad, jaká jsou rizika?
- Uplatňuje pojišťovna regulace, které může uplatnit? Pokud ne, jaký je důvod a o kolik prostředků přichází?
- Jsou dodržovány pozitivní listy pojišťovny? Pokud ne, jaký je důsledek a kolik prostředků to pojišťovnu stojí?
- Jak jsou nastaveny revize? Jsou automaticky nastaveny procesy vyhledávání anomálií?

Detailní pohled na vybrané oblasti

Regulační omezení

- Pojišťovna poskytovateli do 30. dubna sdělí referenční hodnoty (nejde jen o srovnání čísel mezi poskytovatelem a pojišťovnou, ale referenční extramurální péči poskytovatel sám ani nezná!)
- Poskytovatel by měl usilovat i o srovnání ostatních referenčních údajů a předejít dohadům v momentě vyúčtování
- Pojišťovna musí předem deklarovat, o jaký typ revize půjde (jednotlivé případy vs. náhodný výběr)
 - **Náhodný výběr** je exaktní pojem z oblasti statistiky, poskytovatel by měl trvat na korektním postupu
 - Vyhláška nestanoví konkrétní mechanismus zajišťující náhodnost, nicméněv dnešní době je snadné zajistit generátor náhodných čísel

Detailní pohled na vybrané oblasti

Typy revizí

- V případě revize několika jednotlivých případů musí pojišťovna uplatnit srážku ve výši dvojnásobku překročení (dříve trojnásobek)
- Při statisticky méně významném počtu pochybení vztáhne 20 % z podílu chyby na celou produkci
- Při statisticky významném počtu pochybení vztáhne 80% z podílu chyby na celou produkci
- Pojišťovna snižuje celkový casemix, nikoli redukovaný casemix

Detailní pohled na vybrané oblasti

Regulace objemu léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a vyžádané péče:

- Nelze ze strany pojišťovny uplatnit, pokud do 30. dubna nesdělí referenční hodnoty
- Nový mechanismus regulace: *„zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení“*

Detailní pohled na vybrané oblasti

Další pravidla v regulacích

- Do unikátních rodných čísel v hodnoceném období se nezapočítávají telefonický kontakty
- Regulace se vztahuje na poskytovatele jako na celek – nikoli na každou odbornost zvlášť
- Vyžádaná péče v rámci jednoho poskytovatele se nepočítá do regulace vyžádané péče
- Do revizí se nezahrnují léčivé přípravky a zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem
- Do regulací na vyžádanou péči se nezahrnují vybrané screeningy



cutting through complexity

Děkuji za pozornost

Mgr. Jan Kvaček

(jkvacek@kpmg.cz)

+420 602 321 085

