

Financování soukromé praxe

MUDr. Zorjan Jojko

V ČR existuje několik desítek ambulantních specialistů, kteří fungují bez smlouvy se zdravotní pojišťovnou (ZP). Jim pacienti nebo organizace, které u nich pro pacienty sjednávají vyšetření, platí přímo dle jejich ceníku.

Protože je ale u nás zdravotní pojištění pro všechny občany povinné a bez smlouvy se ZP nelze na její účet ani předepsat léky, dominantním příjmem naprosté většiny ambulancí jsou tržby od ZP.

Tím není řečeno, že nelze alespoň z části fungovat za přímé platby. Např. za preventivní vyšetření, nadstandardní služby apod. Stejně jako u nesmluvních zařízení je ale třeba počítat s tím, že ceny těchto výkonů, které si stanovujeme sice sami, nelze jen tak nastřelit. Jsou regulované, tj. jejich výše musí odpovídat vloženým nákladům a přiměřené míře zisku, což občas (v mnoha oborech ale spíše výjimečně) přijde překontrolovat cenový odbor Ministerstva financí.

V principu ale lze říci, že absolvuje-li u vás někdo přímo placený výkon, vy mu vystavíte příjmový doklad, on zaplatí a kromě povinného zdanění nenásleduje žádná další složitost. Peníze jsou vaše.

U plateb od ZP je to jinak.

Abychom od nich dostali zaplacené, musíme jim své výkony vykázat.

Kódy výkonů s jejich bodovou hodnotou a dobou trvání jsou k dispozici v Seznamu výkonů, což je pravidelně (nejčastěji v ročních intervalech) novelizovaná vyhláška Ministerstva zdravotnictví (MZ). Ta také obsahuje výši minutové režie (korunová hodnota minuty práce daného oboru) a další údaje. Např. obsah výkonů klinického vyšetření, minimálního kontaktu atd.

Pro každý rok je stanovena hodnota bodu, takže zjednodušeně lze říci, že ZP vykazujeme výkony s jejich počtem bodů a dobou jejich trvání, což je pak vynásobeno hodnotou bodu, resp. korunovou hodnotou minutové režie.

Pokud jde o péči o zahraniční občany z EU nebo máte od dané ZP málo pojištěnců – při plném úvazku to nejčastěji znamená 100 a méně za rok – je tento součin vaší konečnou tržbou od této ZP.

Pokud máte u dané ZP tuzemských pacientů víc, je to složitější.

Tedy způsob výkazu je stejný, ale tržba má svůj strop, který je stanoven součinem počtu v daném období ošetřených pojištěnců s průměrnou tržbou na jednoho pacienta v období referenčním (nejčastěji dva roky nazpět) a s tzv. koeficientem navýšení.

Vykážete-li ZP menší počet bodů na jednoho pojištěnce, než v referenčním období, příjem se vám nijak nekrátí. Vykážete-li více, dostanete jen to, co odpovídá výše uvedenému výpočtu.

Chcete-li si vydělat víc, lze to docílit jen přes větší počet pojištěnců, nikoli přes větší počet výkonů poskytnutých jednotlivým pacientům.

Příjemným jevem posledních několika let je to, že existují různá bonifikační kritéria (pro držitele diplomu celoživotního vzdělávání, v případě dodržení předepsaného rozsahu ordinační doby apod.), díky kterým je možné získat navýšení jak hodnoty bodu, tak toho koeficientu.

Abyste ale dostali od ZP peníze dle výše uvedeného výpočtu, nesmíte překročit finanční limity (také stanovené jako průměrné na jednoho pacienta a rok) preskripce léků, zdravotnických

prostředků a vámi vyžádané péče (zde myšleno jen laboratorní vyšetření a RTG, nikoli např. konsilia). Ty vám všechny ZP oznámí do konce dubna.

Některé obory mimo výkony a předpisy léků, zdravotnických prostředků a vyžádané péče předepisují také zvlášť účtované zdravotnické prostředky a zvlášť účtovaný materiál.

Jde o případy, kdy musíte nakoupit v lékárně např. balení s 10 ampulemi, ale pro jednoho pacienta užijete jen ampuli jednu – ta se pak vykazuje v tomto režimu.

I zde jsou limity vycházející z hodnot vykázaných v referenčním období.

Vše výše napsané působí hodně matematicky, naštěstí ale platí několik výjimek. Např. pokud ZP neutratí v daném roce více za léky, než plánovaly, nekrátí naše platby (na základě tohoto mechanismu VZP, neuplatňovala regulace už v posledních cca 5 letech). Stejně tak v případě, že v diskusi s jejich úředníky překročení limitů obhájíme medicínskými argumenty.

A podobných pravidel je víc. V neposlední řadě i to, že srážka za překročení limitů preskripce nesmí být vyšší, než 15 % tržby u dané ZP.

Asi teď přemýšlíte, jak přesně je v tomto složitějším režimu organizováno časování plateb od ZP.

Na základě konečných tržeb v referenčním období je vždy před začátkem nového roku stanovena tzv. měsíční předběžná platba. Tu pak dostáváme po konci každého měsíce, pokud za ten měsíc vykázete nějakou péči.

Konečná roční platba je pak se započítáním všeho výše uvedeného provedena po konci roku tak, že vypořádání podle ní proběhne nejpozději do konce května roku následujícího.

Co dělat, pokud máte za to, že vám ZP zkrátila platby neoprávněně?

Samozřejmostí má být Vámi provedená kontrola všech čísel, které vám ZP pošle. Pokud najdete nesrovnalost nebo máte medicínské důvody, proč vám přísluší více peněz, je třeba se odvolat. Neuspějete-li s odvoláním, existuje institut smírčího řízení, v němž se můžete dál bránit ještě předtím, než byste např. uvažovali v obhajobě svých zájmů u soudu.

A podle čeho je stanovována hodnota bodu, toho koeficientu, limitů preskripce apod.?

Na jaře předchozího roku probíhá tzv. dohodovací řízení. V něm zástupci zdravotnických zařízení (prostřednictvím sdružení jako je např. Sdružení ambulantních specialistů) všechny tyto hodnoty a systém proplácení péče vyjednávají se ZP. Pokud dojde k dohodě, je tato předána MZ, které ji, je-li dohoda v souladu s platným právem a veřejným zájmem, překlápí do své vyhlášky. Pokud k dohodě nedojde, určuje všechna pravidla samo MZ.