

OBČAN V SÍTI 11/2023

www.zdravotnictvi2.cz<https://konceptce.kzp.cz/>

Do našeho systému veřejného zdravotního pojištění jsme sice od Němců zkopírovali základní instituce, ale pravidla jejich fungování jsme si hezky český



upravili. Dohodovací řízení mezi zástupci poskytovatelů a plátců, které je v Německu konečnou instancí nastavující režim úhrad, jsme vylepšili o úhradovou vyhlášku vydávanou ministerstvem. Původně to měl být jen technický nástroj, kterým uzavřená dohoda dostala formu podzákonné normy, ale rychle se stala prostředkem, kterým politici přizpůsobují svým zájmům jak objem prostředků ve zdravotnictví, tak jejich rozdělování. Z dohodovacího řízení se stala nezávazná rozsvička předcházející úhradovou vyhlášku, kdy to podstatné se rozhoduje jinde.

Důsledkem její existence je třeba skutečnost, že jsme za 27 let nedokázali zavést funkční DRG. V tom se lišíme od Němců, kteří sice začali později, ale jeho zavádění zarámovali zákonem a dnes mají transparentní, důvěryhodný a každoročně aktualizovaný systém DRG. My jsme se zákonem nechťeli nechat svazovat a proces zavádění DRG jsme svěřili úhradovým vyhláškám. A tak jsme jeho implementaci jenom

předstírali. Když se zdálo, že DRG začíná něco ovlivňovat a zejména fakultní a některé méně efektivní nemocnice se dostávají pod ekonomický tlak, vymyslela se nějaká klíčka, jak to obejít. Koeficient specializace byl jednou z mnoha. Současné CZ-DRG nebudou ani komentovat.

Obecně se dá říci, že institut úhradové vyhlášky vede ke zvyšování nákladů na zdravotnictví a snižování jeho efektivity. Jejím prostřednictvím se náklady zdravotnictví za posledních 6 let téměř zdvojnásobily, ale jeho efektivita klesla ruku v ruce s poklesem spokojenosti veřejnosti. Inu, co jiného čekat od učebnicového příkladu centrálního plánování. Úhradová vyhláška pro příští rok nezklamala a drží nastavený trend „po nás potopa“. I když na příjmové straně přibude nějakých 46 miliard, to díky velkorysému automatu na platbu za státní pojištěnce a růstu příjmů, ukládá utratit ještě o skoro 8 miliard více.

Nevíme, zda je to záměr nebo jen hloupost, ale při současném nastavení přerozdělení a dalších finančních transferech dláždí tato vyhláška cestu k likvidaci pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění. V příštím roce to ještě nepocítíme, ale v těch dalších začnou mít problémy zaměstnanecké pojišťovny a na hřišti nakonec zůstane politiky ovládaná VZP. No a my se po nějakých pětatřiceti letech vrátíme zpátky z vandru do státního zdravotnictví. To těm mladým doktorům, kteří teď zapáleně lobbují za ještě větší platy, opravdu nepřeji. No a nám, pacientům, už vůbec ne.

MUDr. Pavel Vepřek

Smysl, obsah a budoucnost úhradové vyhlášky



Tomáš Troch



Ladislav Švec

úhel pohledu

volné fórum

Michaela
KoubováPetr
ChudomelJakub
HaasJaroslav
ŠímaJosef
Diessl

úhel pohledu

Mgr. Tomáš Troch
ředitel, Odbor regulace cen a úhrad MZ ČR

Úhradová vyhláška

Úhradová vyhláška je každoročně jedním z nejvíce sledovaných dokumentů ve zdravotnictví. V současné době se vyhláškou již rozděljuje více než 500 miliard Kč, a tak i nároky kladené na vyhlášku jsou čím dál vyšší. Dříve vyhláška plnila hlavně roli rozdělovače peněz mezi segmenty a garanta jistoty a kontinuity ve financování. Tyto role vyhláška plní i v dnešní době, ale přidává se k nim postupně i role nástroje na prosazování obecné zdravotní politiky státu a realizaci systémových změn. Zavedení CZ-DRG, centralizace péče, podpora jednodenní medicíny nebo řešení dostupnosti v jednotlivých segmentech péče – to jsou všechno systémové reformy, které by se bez úhradové vyhlášky jen těžko prosazovaly. I pro příští rok je úhradová vyhláška kompromisem mezi finančními možnostmi systému a potřebou zajistit kvalitní a dostupné zdravotní služby. Úhradová vyhláška je tak psána především pro pacienty.



Tomáš Troch

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Výdajová stránka systému v. z. p.

Vracet se k faktu blízkého horizontu událostí, za kterým nebude možné zajistit současný rozsah bezplatné zdravotní péče, je nošením dříví do lesa. Blížící se (nejen) demografickou výzvu už po posledních událostech uznávají i lidé, kteří se ještě na začátku roku úsilí o změnu vysmívali s tím, že situace je nadmíru výtečná. Zdá se, že si začínáme uvědomovat konečnost cyklu deficitů a jejich následné sanace zvýšením příspěvku ze státního rozpočtu. Prostě proto, že nebude odkud brát. Jedna věc je jistá. Pro udržení relativně kvalitního zdravotnictví bude nutné zásadní zvýšení výkonu. Jak nám to se zvyšováním efektivity jde? Je toho současný systém schopen?

Pokud je totiž takovým základním indikátorem kvality řízení jakéhokoliv systému míra zvyšování efektivity, ubírá se naše zdravotnictví opačným směrem. Samozřejmě lze volit různé způsoby měření výkonu, v žádném to ale nedopadne se současným postátněným a politicky vedeným zdravotnictvím dobře. Pro ilustraci, v porovnání efektivity dle výdajů a získaných let dožití jsme se za posledních dvacet let posunuli z prvního na 27. místo ze

zemí OECD. Náhoda? Série špatných rozhodnutí? Nebo tomu ani nemohlo být při současném nastavení jinak?

Pro efektivitu je nepochybně určující zejména oblast cenotvorby a distribuce prostředků mezi jednotlivé části zdravotnického průmyslu. To, čemu obvykle říkáme výdajová stránka. Jakými základními pravidly by se měla řídit? Zákon o finanční kontrole vyžaduje plnění principů účelnosti, efektivity a hospodárnosti. Ty jsou potom rozvíjeny v navazujících zákonech, například v zákoně o veřejných zakázkách a jeho principech transparentnosti a rovného zacházení. Logicky směřují k rovné soutěži o veřejné prostředky.

Nelze pochybovat, že při hrazení zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění jde o nakládání s veřejnými prostředky a celá smluvní politika je v zásadě ohromnou veřejnou zakázkou, upravenou specifickým předpisem. Podporuje ale tento předpis povinné úsilí o to, abychoz za co nejméně veřejných prostředků získali co nejvíce služeb a zboží? Pokud ano, pak na to jde svérázným způsobem.

Stále platící provizorní zákon o v. z. p. z roku 1997 totiž po několika vlnách aktualizací připouští souběžnou existenci tří protichůdných postupů určení ceny a rozdělení prostředků mezi segmenty.

Působí to na mne jako vědomé promíchání samosprávného systému německého s autoritativně státním centrálním řízením sovětského, nebo, chcete-li, britského stříhu... s drobnou, ale spíše zavádějící příměsí trhu. Stejně jako jiné hybridy logicky nefunguje dobře ani v jednom ze svých rysů. Umí ale zajistit, aby se v ne zcela průhledném rámci dostalo více prostředků tam, kam je třeba...

Kolektivní dohodovací řízení je samo o sobě transparentní a demokratické. S pistolníkem státu za zády ale připomíná spíše pokerovou partii z Divokého západu, kde určitá část hráčů pro pistolníka pracuje, část se s ním kamarádí a část ho vydírá, nebo dává dárky jeho manželce. Jinými slovy, tam, kde lze na základě zákulisních kontaktů nebo nátlakového potenciálu získat od aktuálního ministra více, než nabízí ZP, je předem jasné, že se k dohodě nedojde a rozhodne ministr prostřednictvím vyhlášky. Takový systém v podstatě přímo vybízí k tomu, aby se vydávalo více a získávalo méně. Pokud stát navíc část soutěžících subjektů vlastní, jde o konflikt zájmů i na české poměry nebývalé orientálních rozměrů. Na ten jsme si ale, zdá se, v českém zdravotnictví již zvykli... Transparentnost přerozdělení prostředků vyhláškou, kdy nejdříve dochází k rozhodnutí a potom se teprve doplňuje zdůvodnění a vede připomínkový proces, je z podstaty i procesně sporná. Možnost nařídit zdravotním pojišťovnám, coby samosprávným subjektům, deficitní hospodaření nepotřebuje komentáře.

Abyste to bylo zamotanější, obsahuje zákon ještě třetí postup, možnost nasmlouvat služby konkrétní pojišťovnou a poskytovatelem úplně „po svém“. To je často vydáváno za prvek tržního prostředí a součásti ve zdravotním pojištění. Vzhledem k tomu, že základní úhradu garantuje vyhláška, vede ale tato možnost fakticky spíše k soutěži o poskytovatele než k soutěži poskytovatelů o veřejnou zakázku.

Shrnuto, zákonná úprava cenotvorby a redistribuce prostředků je sama o sobě jednou z klíčových překážek zvyšování efektivity, a to v době, kdy ji potřebujeme zvyšovat zcela zásadně. Politické řízení ji nemůže garantovat, protože se vyhýbá politicky nebezpečnému konfliktu a řeší pouze krátkodobý, v podstatě populistický zájem.

Výdajová stránka je ale ovlivněna i dalšími prvky, definováním rozsahu hrazené péče, schopnos-

tí přizpůsobení struktury a organizace péče, nebo používaným úhradovým/vykazovacím mechanismem. I v těchto prvcích má český systém z hlediska efektivity zásadní meze.

Co s tím? Naše iniciativa vychází z představy efektivního pluralitního veřejného zdravotního pojištění jako cílového stavu změn. Logicky proto navrhuje zrušení možnosti nahradit dohodu o ceně a rozdělení

prostředků mezi jednotlivé segmenty rozhodnutím ministra zdravotnictví. Představa, že vyhláška systém zachraňuje a že jde o jedinou cestu, jak do systému dostat prostředky, které se reálně vyberou, je dle našeho názoru mylná. Není řešením, ale příčinou udržování neefektivit v českém zdravotnictví. Dodatečné přizpůsobení a valorizace úhrad mohou být zajištěny i jinak, s pravidly inkorporovanými přímo do zákonné úpravy.

V rámci iniciativy navrhuje řadu dalších opatření ovlivňující výdajovou stránku, ať již jde o stálý proces hodnocení věcných i regionálních potřeb, posílení primární péče coby hlavní součásti řízené péče, zavedení procesu limitace a vymezení hrazených a nehrazených služeb, nebo praktických opatření typu společné revizní činnosti. Nepřímo pak s výdajovou stránkou souvisí i umožnění reagovat na potřeby systému a situaci pojišťovny nastavením výše pojistného.

Klíčové je ale rozhodnutí principiální otázky. Je naším cílem politicky centrálně řízené zdravotnictví, nebo systém veřejného zdravotního pojištění? Pokud nechceme mít v ČR státní systém, je odstranění možnosti autoritativního rozhodnutí úhradovou vyhláškou tím úplně základním krokem.



Ladislav Švec

(Naš systém), stejně jako jiné hybridy, logicky nefunguje dobře ani v jednom ze svých rysů. Umí ale zajistit, aby se v ne zcela průhledném rámci dostalo více prostředků tam, kam je třeba...

1. Jakou roli hraje úhradová vyhláška v našem zdravotnictví?
2. Jaká očekávání či obavy ukládáte do té pro rok 2024?
3. Dovedeme si představit alternativní koncepty úhradové vyhlášky či život bez ní?



*Ing. Ladislav Friedrich
prezident, Svaz zdravotních
pojišťoven ČR*

odpovědi Ladislava Friedricha:

1. Úhradová vyhláška je základní normou, podle které se ve zdravotnictví rozděluje nyní již 500 mld. Kč ročně. Formálně vydání vyhlášky sice předchází dohodovací řízení mezi poskytovateli a pojišťovnami, kde by měla vzniknout dohoda o cenách a způsobech úhrad, ale dohodnutých segmentů je stále méně a MZ nakonec stejně rozhodne o úhradách bez ohledu na dohody. Zmocnění pro MZ se opírá o nijak blíže nespecifikovaný veřejný zájem a oprávněnost nebo prospěšnost rozhodnutí MZ tak bohužel nelze nijak objektivně hodnotit.

Vyhláška ve stávající podobě je největším problémem českého zdravotnictví a systémovou příčinou nízké nákladové efektivity a zhoršující se kvality a dostupnosti služeb.

Důvodů, proč tomu tak je, je několik:

Vyhláška zásadně nastavuje úhrady tak, že jsou na maximum ekonomických možností nebo v posledních letech nad nimi. Tím v podstatě vylučuje možnosti pojišťoven nabídnout a dohodnout nějaké jiné úhrady a ceny a pokoušet se tak zvýšit dostupnost či provázanost léčby. V praxi je tak vyražena nákupní kompetence pojišťoven.

Vyhláška je vydávána pod nesprávnou premisou, že za stejné zdravotní služby mají mít všichni stejnou úhradu. To ovšem v praxi nakonec stejně neplatí, ale jde o rozdíly z rozhodnutí MZ (které je současně zřízovatelem těch nejnákladnějších poskytovatelů). Plošně nastavená cena je pak nastavena tak, aby stačila k financování i těch nejméně efektivních poskytovatelů. Pokud bychom umožnili tvorbu tržních cen, nutně by muselo dojít k poklesu průměrných úhrad a tlaku na kvalitu a efektivitu.

Vyhláška se průběžně snaží postupně podchycovat a ovlivňovat další a další aspekty a politické priority reálných procesů. To z povahy věci není a nemůže být funkční. Důsledkem je postupné narůstání počtu stran a složitosti podmínek úhrad. Tím klesá možnost managementů předpis použít k optimální léčbě a úhradě a pro většinu zúčastněných i jen schopnost mu dobře porozumět.

Podle mého názoru je existence současného zmocnění k vydávání úhradové vyhlášky hlavní příčinou postupné degradace konkurenčního potenciálu

ve zdravotnictví, narůstající nákladové neefektivity, netransparentnosti nastavení úhrad a snižující se dostupnosti služeb.

2. V roce 2024 pojišťovny teprve vyrovnají závazky za rok 2023, dojde k dalšímu snížení rezerv, ale v zásadě se na postupné erozi systému nic moc nezmění. Dosažení shody pro rok 2025 mezi poskytovateli a pojišťovnami považuji za prakticky vyloučené.

3. Dlouhodobě navrhuje, aby jak cenové dohody (nyní již skoro neexistující), tak rozhodnutí MZ a úhradová vyhláška garantovaly jen minimální nárůsty úhrad a vytvářely tak tlak na obě strany k funkční individuální dohodě mezi poskytovatelem a pojišťovnou na základě konkurence a hodnocení kvality a efektivity.

odpovědi Michaely Koubové:

1. Úhradová vyhláška u nás tak trochu supluje roli zdravotních pojišťoven, na nichž v pojišťovenském systému leží odpovědnost za zajištění dostupné a kvalitní péče pro pacienty. U nás sice tuto odpovědnost formálně mají, chybějí jim ovšem nástroje potřebné k tomu, aby mohly péči nasmlouvat a odsmlouvat podle hustoty sítě či kvality, případně pacienta v systému směřovat tak, aby poskytovaná péče byla efektivní. Místo toho ministerstvo úhradovou vyhláškou stanovuje cenu péče, která by měla být ponechána na jednáních mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, přičemž navíc pravidelně rozděluje v podstatě celý balík peněz, takže plát-

cům zbývá jen minimum prostoru pro tvorbu vlastních programů a zdravou konkurenci mezi sebou navzájem.



*Michaela Koubová
zástupkyně šéfredaktora,
Zdravotnický deník*

2. Pozitivním krokem je jistě podpora jednodenní medicíny či paliativní a hospicové péče. Méně radostné je navýšení úhrad v oblasti zdravotně-sociálního pomezí, které se ale nijak neprojeví na lepší kvalitě či dostupnosti, protože MPSV plánuje o navýšené úhrady ze zdravotnictví snížit těmito zařízeními svoje dotace. Otázkou pak je, jak příští rok zvládnou někteří ambulantní specialisté, což je segment, který v posledních letech opakovaně upozorňuje na rostoucí náklady, pro příští rok ovšem dostal nejmenší navýšení. Ambulantních specialistů sice obecně máme vysoký počet, rozhodně to ovšem neplatí o všech odbornostech a už vůbec ne o všech regionech.

3. Ano. Ministerstvo by mělo vyhláškami a dalšími nástroji vytýčit nepodkročitelné požadavky – stanovit místní a časovou dostupnost či podmínky poskytování péče, případně priority

by pak mohlo podpořit formou dotací. Rozdělení balíku financí putujících do zdravotnictví by ovšem mělo nechat na zdravotních pojišťovnách, stejně jako vyjednávání s poskytovateli o cenách péče. K tomu je ovšem třeba zákonná opora, podle slov ministra Válka ale ministerstvo chystá novelu, která by měla pravomoci zdravotních pojišťoven posílit. Tak se necháme překvapit...



*Ing. Jakub Haas
vedoucí oddělení, Zdravotnictví
a veřejné zdravotní pojištění
MF ČR*

odpovědi Jakuba Haase:

1. Z pohledu Ministerstva financí spíše negativní. V podstatě vymizel původní záměr dohodovacího řízení a některá rozhodnutí (často zdůvodňovaná veřejným zájmem) vyvolávají pochybnosti o efektivnosti vynakládaných veřejných prostředků na základě úhradové vyhlášky.

2. Ministerstvo financí nesehlasilo se zněním úhradové vyhlášky na rok 2024 a uplatnilo vůči ní několik zásadních připomínek. Ta nejdůležitější se týkala finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění, kterou výsledné znění vyhlášky

rozhodně nezajišťuje, a navíc vytváří negativní předpoklady do dalších let.

3. Život bez úhradové vyhlášky si představit lze, ovšem jsem skeptický k realnosti prosazení takové převratné změny. V současnosti však zvažujeme cesty, jak tvorbu úhradové vyhlášky zasadit do rámce zákona o pravidlech rozpočtové odpovědnosti, aby nedocházelo k ohrožování udržitelného hospodaření systému v. z. p., který je významnou součástí soustavy veřejných rozpočtů. Zcela jistě by se mělo posílit evidence-based rozhodování o konkrétních ustanoveních úhradové vyhlášky.



*MUDr. Petr Chudomel, MBA
ředitel, Oblastní nemocnice
Kolín, a. s.
nemocnice Středočeského kraje*

odpovědi Petra Chudomela:

1. Alokuje finanční prostředky na jednotlivé poskytovatele na daný kalendářní rok. Samozřejmě ctí historické konvence, takže je k malým a středním nemocnicím macešská. Už samotný fakt, že ji sestavuje a vydává Ministerstvo zdravotnictví, které řídí mnoho fakultních nemocnic

a specializovaných ústavů, napovídá, kdo bude v pořadí úhrad zvýhodňován a kdo zůstane v roli odpadlíka. Pod rouškou centralizace péče zvyšují nemocnice na úkor středních a malých, kterým za stejný výkon platí zlomek toho, co nemocnicím s centry.

Regulační funkce – limituje prostředky na daný kalendářní rok jednotlivým poskytovatelům. Zohledňuje účinné druhy léčby na úkor jiných (např. centrová léčba), což je, myslím, v pořádku. Zároveň bohužel nestanovuje limit léčby, kdy již postrádá smysl – to je ale těžké a je to především politické rozhodnutí.

2. Navýšení úhrad je pro nemocnice nedostatečné, zejména z pohledu požadavků na navýšení mezd a platů. Centralizace péče, co se týče rozdílu úhrad mezi centrovými nemocnicemi a ostatními, se prohloubila.

3. Jak jsem si to dříve představil nedovedl, tak nyní si dovedu představit zdravotnictví v ČR bez úhradové vyhlášky. Nejistotu s tím spojenou převážilo přesvědčení, že jsme schopni obhájit své místo na trhu poskytovatelů a přesvědčit pojišťovny (ty by měly být hlavním regulátorem smluvní politiky) o tom, že jsme seriózním, kvalitním, a tudíž nepostradatelným partnerem.

odpovědi Josefa Diessla:

1. Zcela zásadní. V současnosti je úhradová vyhláška nedílnou součástí financování českého zdravotnictví. To je fakt, se kterým je nutné počítat. Bohužel, každý z aktérů financování od ní očekává trochu něco jiného a vyhláška se poté stává středobodem nahromaděných rozporů.

Především je ale vyhláška něčím, s čím český právní řád počítá. Dovolil bych si trochu širší vzhled do zákona o veřejném

zdravotním pojištění, který na ni přímo odkazuje.



*Ing. Josef Diessl
generální ředitel, Vojenská
zdravotní pojišťovna ČR*

Základem je ustanovení § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“). V tomto ustanovení je uvedeno:

„(4) Seznam zdravotních výkonů a dalších výkonů, které souvisí s poskytováním hrazených služeb, s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování (dále jen „seznam zdravotních výkonů“) stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. jsou hodnoty bodu, výše úhrad, výše záloh a regulačních omezení na následující kalendářní rok dohodnuty v dohodovacím řízení zástupců zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů:

„(5) Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, výši

záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolovatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezeních jinak.“

Z uvedeného je patrné, že zákon sice dává přednost dohodě zainteresovaných stran, avšak i když k dohodě dojde, je vždy přezkoumána MZ, přičemž kritéria zkoumání jsou dvě:

- soulad dohody s právními předpisy,
- veřejný zájem.

Jsou-li naplněna uvedená kritéria, vydá MZ obsah této dohody vyhláškou.

Dále jsou tu dvě situace, kdy vydá MZ vyhlášku podle vlastního uvážení:

- nedojde v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. daného kalendářního roku,

- sice dojde k dohodě mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů, ale MZ shledá, že existuje nesoulad s právními předpisy nebo veřejným zájmem.

A právě do pojmu „veřejný zájem“ se koncentruje nejvíce výhrad směřujících proti vydávání vyhlášky. Přitom sám pojem je definován s odkazem na § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. těmito kritérii:

- zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb,

- fungování systému zdravotnictví a jeho stability,

- finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění.

Vzhledem k tomu, že tato kritéria jsou velmi široká, je prostor MZ pro vydání úhradové vyhlášky rovněž značný. Účastníci dohodovacího řízení ani nemají dostatečný přehled o naplnění nebo naopak nenaplnění uvedených kritérií veřejného zájmu a nemají ani možnost je nějakým způsobem relevantně rozporovat, neboť posouzení MZ není vedeno v rámci správního řízení, a tudíž neexistují prostředky procesní obrany.

Tolik k uvedené otázce o roli úhradové vyhlášky z mého trochu laického právního pohledu. Ale popis současného stavu je důležitý jako východisko pro odpověď na další otázku.

2. Úhradová vyhláška pro rok 2024 je na světě a hned je torpédována ze všech možných stran. Bylo tomu tak vždy a ani do budoucna to nebude jiné, pokud

podnětem pro její vydání nebude dohoda účastníků dohodovacího řízení. Mnohá jednání skončila na definici objemu prostředků zdravotního pojištění určených pro financování v budoucnu poskytované zdravotní péče jednotlivými segmenty. A pokud nebyla dohoda nad objemem, nebylo již o čem jednat ohledně způsobu rozdělování.

Osobně jsem od vyhlášky očekával, že ve veřejném zájmu budou akcentovány celkové finanční možnosti systému a že se neprohloubí jeho deficit z posledních čtyř let. Tedy že MZ objektivně posoudí finanční možnosti jak pojišťoven, tak i velké části poskytovatelů. A především, že předpokládané roční výdaje systému veřejného zdravotního pojištění nebudou vyšší než jeho příjmy. To se nestalo a vyhláška predikuje další růst deficitu. Nad finanční rovnováhu postavila další kritéria veřejného zájmu – dostupnost hrazených služeb a fungování systému zdravotnictví a jeho budoucí stability. To, že tak činí významným nárůstem úhrady v některých segmentech péče bez jakékoliv ambice k růstu její kvality, je špatně. Jakékoliv přidávání peněz, které není přímo podmíněno systémovými změnami, nerovnováhu jen prohlubuje.

3. Nedovedu si představit situaci, ve které by nedošlo k žádné systémové změně, jen bychom ze zákona č. 48/1997 Sb. odstranili oprávnění k vydávání úhradové vyhlášky. A už vůbec si toto nedokáže představit MZ, vždyť tím by ztratilo svůj velký vliv na finanční toky ve zdravotnictví, zvláště tam, kde je přímo zřizovatelem zdravotnických zařízení a odpovídá mj. i za jejich ekonomické zdraví. To nám ve svém důsledku do vyhlášky

přináší ty tolik diskutované koeficienty specializace či centralizace, které mají největší finanční efekt právě u velkých fakultních nemocnic.

Život bez ní si dovedu představit v situaci, kdy zrušíme, nebo alespoň omezíme stávající systém přerozdělování pojistného založený zákonem č. 592/1992 Sb. Tím narovnáme příjmové možnosti všech zdravotních pojišťoven na českém trhu. Převedeme tvorbu seznamu výkonů a povinností spojených s vykazováním hrazených zdravotních služeb do kompetence odborných společností, poskytovatelů a zdravotních pojišťoven a současně zrušíme vyhlášku č. 99 o minimálních personálních požadavcích na poskytování zdravotních služeb, takže personální zajištění bude plně ponecháno na zodpovědnosti samotných poskytovatelů.

V takovém případě by mohl život bez úhradové vyhlášky přinést větší flexibilitu a „experimentování“ s různými modely financování a regulace. Daleko rychleji by byla nalezena rovnováha mezi efektivním využíváním zdrojů, dostupností kvalitní péče a udržitelností celého systému. Na rozdíl od současnosti, kdy zákonový vydavatel vyhlášky nenese prakticky žádnou odpovědnost za dopad svých rozhodnutí.

Je zřejmé, že pokud by mělo dojít k jakýmkoliv systémovým změnám (včetně té, k níž směřuje původní otázka, tj. odstranění zmocnění pro MZ k vydávání úhradové vyhlášky), musel by být významně novelizován zákon č. 48/1997 Sb. Ostatně možné podněty a konkrétní návrhy k jeho novelizaci předaly již před více než rokem všechny zdravotní pojišťovny prostřednictvím Kanceláře zdravotního

pojištění. Obávám se však, že návrh změn, o kterém se snad brzy dozvíme, bude veden snahou o převedení současných výdajů spojených s rozpočtem MZ na segment zdravotních pojišťoven.

odpovědi Jaroslava Šímy:

1. I když většina z nás není každoročně plně spokojena s jejím zněním, pro daný kalendářní rok úhradová vyhláška vždy zajišťuje jistotu úhrad při předem známém požadavku na objem poskytnuté péče. Ačkoliv tento koncept je podle mě již dávno přežitý a místo důrazu na kvalitu poskytované péče fixuje pouze její objem nutný k dosažení potřebné finanční úhrady, je většina poskytovatelů i přes verbální kritiku s tímto stavem de facto spokojena. Určitá pohodlnost a fungování v zajetých kolejích je tím upřednostňována před snahou výrazněji rozvíjet nabídku péče, měnit třeba i její strukturu a přemýšlet nad rozdělením kompetencí jednotlivých aktérů i v souvislosti s moderními světovými trendy.

V mých očích je tak spíše reliktem počáteční snahy o transformaci zdravotnictví než moderním mechanismem motivujícím poskytovatele k poskytování kvalitní a efektivní péče.

Vždyť i zpráva OECD z roku 2018 ve své kapitole „Zlepšení systému zdravotní péče v České republice“ hovoří o tom, že mezi oblastmi, „které zatím nebyly ve zdravotnictví realizovány, patří

např. implementace platebních systémů založených na výsledcích péče, které by měly postupně nahrazovat platby za minulý odvedený objem práce (tzv. paušální úhrady). Další oblastí je koncepce nemocniční a ambulantní sítě, která by měla postupně a řízeně transformovat péči z nemocniční do ambulantní oblasti společně s posílením systémů dlouhodobé zdravotně-sociální péče zejména v péči o chronicky nemocné.“



*Mgr. Jaroslav Šíma,
předseda představenstva, Moje ambulance a.s.*

S tím podle mě úzce souvisí i připravovaná a doposud ani v základech nerealizovaná postupná změna úhradových systémů založených na výsledcích péče, posílení pozice praktických lékařů, přesunu péče z nemocnic

do ambulancí a kladení většího důrazu na informovanost pacienta a preventivní péči.

2. Osobně nemám žádná zásadní očekávání, právě kromě opětovné a každoroční fixace nepodstatných rozdílů v úhradách mezi poskytovateli, kteří provádějí stejnou péči. Smutným faktem je pro mě skutečnost, kdy mezi poslední verzí úhradové vyhlášky a zněním zveřejněným ve Sbírce listin došlo v našem segmentu ke snížení úhrad u poskytovatelů nabízejících nadstandardní rozsah ošetrovací doby. Tato skutečnost mě zaráží o to více, když se téměř v pravidelných intervalech z médií dozvídám, jak je komplikovaný přístup pacientů k primární péči a rovněž dochází na řadě míst k výpadkům v LPS z důvodu personálního nedostatku.

3. Ano, jednoznačně dovedu. Bohužel nevidím dostatek politické odvahy a možná i vizionářství, které by k tomuto kroku vedlo. Jsem přesvědčen, že bez celkové změny systému úhrad včetně dlouhodobě diskutované a přirozeně velmi nepopulární spoluúčasti pacienta, i definování nepodrobného standardu péče toto však nenastane a nadále tak budeme pouhými svědky neřízeného „pádu“ některých poskytovatelů“ od těch nejslabších, kterými jsou malé nemocnice a ordinace jednotlivých lékařů v periferních oblastech republiky, viz např. případy Nemocnice v Rumburce, Daččicích, Sušici.



PÉČE O TO NEJCENNĚJŠÍ,
CO MÁME

207 www.ozp.cz

OZP
OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA