

Současná role úhradové vyhlášky se na hony vzdálila svému původnímu účelu. Tím bylo převedení výsledků dohodovacího řízení do obecně závazné nor-



my. Pokud v některém segmentu k dohodě nedošlo, bylo jejím úkolem nastavit dočasná pravidla hry stimulující obě strany k rychlému dosažení dohody. Údržba klasifikačních mechanismů, tedy Seznamu výkonů a později DRG, měla být přesunuta z ministerstva do samostatné instituce. K tomu jsme se zatím nepropracovali, a tak se úhradová vyhláška stala hlavní normou, která ovlivňuje tok peněz ve zdravotnictví.

Její autoři se každoročně snaží rozdělit peníze podle politického zadání a současně kompenzovat nedostatky neudržovaného Seznamu výkonů a DRG. Rámcově se jim to daří, jenom místo očekávané konkurence s tlakem na kvalitu a efektivitu tu máme rozpočtové financování. Faktický návrat k přidělovému systému, bez přímé kontroly nad sítí poskytovatelů a nad kvalitou a potřebností poskytované péče, je zdrojem neefektivity a rostoucích problémů v budoucnosti. Úhradová vyhláška staví zdravotnictví do opačného gardu, než bychom od něj jako občané, pacienti a zdra-

vozníci čekali. Místo motivace poskytovat potřebnou péči kvalitně a efektivně stimuluje účelové chování. Místo přemýšlení o tom, jak dělat lépe medicínu, si teď všichni lámou hlavu s tím, jak se s co nejnižšími náklady dostat k částce, kterou jim vyhláška přidělí.

Ano, přes všechny výhrady snímá úhradová vyhláška z jednotlivých aktérů odpovědnost a přináší jisté pohodlí. Je tak trochu naplněním dávné touhy socialisticky pracovat a kapitalisticky žít. Jenže to takhle fakt dlouho dělat nepůjde. Řešením je opustit dočasné provizorium, ostatně delší, než byl dočasný pobyt sovětských vojsk na našem území, a dostavět autonomní systém veřejného zdravotního pojištění. Tedy předvídatelný svět, ve kterém regulátor reguluje, pojišťovák pojišťuje, zdravotník léčí a občan jim všem za dobré služby přímo či nepřímou platí.

Aby se tomu tak stalo a úhradová vyhláška nabyla své původní role, stačí v současném systému udělat několik zásadních změn. K nim patří definovat nárok pacienta a určit instituci, která jej bude aktualizovat; jednotně klasifikovat poskytovanou péči a stanovit instituci, která bude klasifikační systémy spravovat; sjednotit a posílit corporate governance zdravotních pojišťoven, zavést cenovou konkurenci mezi pojišťovkami a pár dalších drobností. Volby jsou za dveřmi a je na nás, zda to hodíme fandům silného státu a centrálního řízení, nebo těm, kteří věří v sílu plurality.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Úhradová vyhláška 2018 a co dál?



Tom Philipp



Ladislav Friedrich



Daniel Hodyc

úhel pohledu

volné fórum



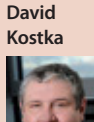
Jaroslava Kunová



Zorjan Jojko



Petr Šonka



David Kostka



Petr Klíma



úhel pohledu

MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA
náměstek ministra pro zdravotní pojištění,
MZ ČR

Úhradová vyhláška 2018

Tak jako každý rok je měsíc říjen vyhlášen „měsícem úhrad ve zdravotnictví“. Na všech konferencích se hovoří o tom, zda úhradová vyhláška (UV) přidá tomu či onomu. Někdo by ji moc rád zrušil a jiný si to bez ní nedovede představit.

Z mého pohledu je úhradová vyhláška jeden ze zásadních nástrojů prosazování politiky státu v oblasti zdravotnictví.

Není dogmatem – protože zdravotní pojišťovny mohou s poskytovateli uzavřít i jinou smlouvu, než naznačuje UV, ale UV udává směr a cíl státu pro další rok. A je to koneckonců stát, respektive Ministerstvo zdravotnictví, kdo je před veřejností odpovědný za poskytování zdravotních služeb.

Pro letošní rok se (tak jako v letech minulých) významně posiluje úhrada lůžkové péče – především finanční ohodnocení zdravotníků. Ten, kdo se tomu dívá, jen odhaluje, jak málo citlivě vnímá křehkou rovnováhu v tomto segmentu. Jak málo vnímá nastavení minulých let, kdy dostat se „do terénu“ bylo pro většinu lékařů a sester kýženým cílem. Proč asi? Jistě to nebude proto, že by se v terénu žilo hůře než v nemocnicích. Jak

je ještě důkladnější v rozdělení jednotlivým skupinám chorob podle předpokládaných růstů. Společně se SÚKL a ÚZIS jsme se snažili úhradu ušít na míru tak, aby bylo možno uspokojit všechny potřebné pacienty.

V tomto segmentu je UV opravdu důležitým nástrojem zajišťujícím klid zbraní mezi poskytovateli a plátcí a chrání jednu i druhou stranu proti zbytečným excesům a především pacientům zajišťuje dostupnost nejmodernější léčby.

I další segmenty postupně rostou, ať již vlivem UV, nebo tím, že si svou významnost pro zdravotní pojišťovny obhájí při dohadování úhradových dodatků smluv a získají tak něco navíc.

Celkově jsme pro rok 2018 rozdělili o 16,5 mld. korun více než v roce 2017. Věřím, že toto navýšení zajistí klid v tomto segmentu a pacientům opět o něco zlepšenou péči.



Tom Philipp

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

Nákup zdravotních služeb, nebo vládní politika úhrad zdravotní péče?

Systém veřejného zdravotního pojištění zahrnující i zdravotní pojišťovny byl prioritně založen na principu vzájemně si konkurujících zdravotních pojišťoven, které nakupují pro své pojištěnce takové zdravotní služby, aby byla plně zajištěna zákonná práva pojištěnců, ale aby se tak pokud

Z mého pohledu je úhradová vyhláška jeden ze zásadních nástrojů prosazování politiky státu v oblasti zdravotnictví.

by se poměr úhrad mezi lůžkovou a ambulantní péčí vyvíjel, pokud by o tom rozhodovaly například zdravotní pojišťovny, si můžeme domyslet – koneckonců je to vidět z porovnání výročních zpráv jednotlivých pojišťoven.

Z pomyslného rozpočtového koláče si také hodně ukusuje biologická (centrová) léčba. Nově zaváděné léky razantně zachraňují životy a zdraví pacientům, nieméně udržet každoroční trend zvyšování úhrady v tomto segmentu je nelehké. Zhruba 1,5miliardový růst ročně je největší dynamika mezi všemi segmenty. Úhradová vyhláška dává tomuto růstu jasný rámec a pro rok 2018

možno dělo při co nejvyšší efektivitě vynaložených prostředků. To je princip, který v tržním prostředí jediný zajistí stoupající kvalitu služeb při co nejnižších nákladech a zároveň vyvolá i konkurenci mezi zdravotnickými zařízeními.

Tento princip však Česká republika, a to bez předchozí koncepční diskuse, již úplně opustila. Je potlačen nejprve veřejnými přísliby Ministerstva zdravotnictví, kdo a jak si rozhodnutím MZ příští rok polepší a jak budou rozděleny nárusty pojistného. Následuje formální proces „dohodovacího jednání“, kdy již pojišťovny ale prakticky nemají co nabídnout a jednání je nahrazeno pouhou propagací finančních pozic zdravotních pojišťoven a finančních požadavků reprezentací poskytovatelů. Následuje všemi očekávaná nedohoda a na MZ probíhá ničím neupravený proces přípravy úhradové vyhlášky. Její konečnou podobu, která v praxi na další rok alokuje cca přes 200 mld. Kč, pak zdravotní pojišťovny zjistí až těsně před koncem října.

Rok 2018 bude z hlediska úhrad zdravotní péče poznamenán mimořádně disproporčním využitím disponibilních nárustů pojistného (aktuálně cca

15 mld. Kč). Rozhodující část nových zdrojů je směřována do úhrady nemocnic a měla by být využita k plošnému navýšení mezd zaměstnanců lůžko-

Obrovská neefektivita však spočívá v tom, že cenové navýšení je garantováno prakticky všem nemocnicím, a to bez ohledu na to, zda již v minulosti dosáhly u zdravotní pojišťovny vysoké nebo naopak nízké cenové relace, a bez ohledu na to, jaký skutečný podíl tvoří mzdové náklady v celkových nákladech nemocnice.

vých zdravotnických zařízení. V obecné poloze určitě nikdo nezpochybňuje potřebu růstu mezd lékařů a sester. Obrovská neefektivita však spočívá v tom, že cenové navýšení je garantováno prakticky všem nemocnicím, a to bez ohledu na to, zda již v minulosti dosáhly u zdravotní pojišťovny vysoké nebo naopak nízké cenové relace, a bez ohledu na to, jaký skutečný podíl tvoří mzdové náklady v celkových nákladech nemocnice. Plné navýšení je navíc garantováno i těm, kteří fakticky za to poskytnou až o 5 % méně

zdravotní péče. Někteří proto budou moci navýšit mzdy a ještě bohatě vydělají (ti o tom však nebudou mluvit) a jiní jen tak tak pokryjí „povinný“ mzdový nárust a budou dále upozorňovat na nízké financování.

Konečným výsledkem pak je, že občan, který to vše přímo nebo nepřímo zaplatí, vlastně nedostane za peníze navíc nic jiného než obecné ubezpečení, že se alespoň částečně podařilo zabránit krizi v nemocnicích, ale peněz je pořád málo. Prakticky nikdo však nemůže ověřit, jak velká krize to v jednotlivých nemocnicích byla, ani to, kolik by na zvládnutí konkrétních problémů v každé jedné nemocnici fakticky postačovalo. To by se totiž zjistilo až z konkrétních cenových jednání mezi pojišťovnami a nemocnicemi. K těm však logicky až na dílčí jednotlivosti nedojde. Peníze už vyhláška rozdělí beze zbytku, a aby se někomu proti vyhlášce ještě navýšilo, muselo by se jinému ubrat a ten s tím určitě nebude souhlasit.

Dostáváme se tak do situace, kdy se cenotvorba zdravotní péče postupně vyvíjí podle politického zadání a lobbistických tlaků a ne podle v praxi dosažitelných cenových dohod v konkurenčním prostředí.

Nezbývá než doufat, že se neefektivita současného rozdělování zdrojů nakonec přece jen stane zjevnější a budeme ji řešit. Úhradová vyhláška na rok 2018, která vytváří deficit v době rekordního růstu zdrojů, snad může alespoň v tomto pojištění prospět.



Ladislav Friedrich

MUDr. Ing. Daniel Hodyc, Ph.D.
Advance Healthcare Management Institute, s.r.o.

Moderní úhradové mechanismy pro akutní lůžkovou a ambulantní péči

Úhradová vyhláška stanovuje několik různých metod platby za zdravotní péči a tyto platební mechanismy často vycházejí z historického nastavení vztahů mezi plátcí a poskytovateli a reflektují vyjednávací sílu odborných společností, sdružení poskytovatelů či jiných uskupení.

Každý platební mechanismus má své výhody a nevýhody a zároveň každý typ vytváří různé motivace – a to jak na straně plátce, tak na straně poskytovatele zdravotní péče. Vhodným nastavením plateb můžeme významně ovlivnit způsob, jakým je poskytována péče, můžeme motivovat poskytovatele k vyšší míře spolupráce a také je zainteresovat na výsledku. Tento typ úhradových mechanismů však v úhradové vyhlášce prakticky nenajdeme. V zahraničí – a nemusíme chodit

Vhodným nastavením plateb můžeme významně ovlivnit způsob, jakým je poskytována péče, můžeme motivovat poskytovatele k vyšší míře spolupráce a také je zainteresovat na výsledku. Tento typ úhradových mechanismů však v úhradové vyhlášce prakticky nenajdeme. a

d a l e k o , inovativní kontrakty najdeme např. na Slovensku – jsou dnes již běžné kontrakty založené na platbě za kvalitu péče, platbě za epizodu péče, která se nevztahuje jen na hospitalizaci, ale i péči předcházející a navazující, či „balíčkové“ platbě za péči o chronicky nemocného pacienta. V dalším textu tedy představujeme tři inspirativní příklady takovýchto kontraktů.

Platba za epizodu péče

Platba za epizodu péče (tzv. *bundled payment*) reaguje na fragmentaci poskytování péče, která je často zdrojem neefektivity a plýtvání zdrojů. Platba poskytovateli je založená na očekávaných nákladech pro klinicky definované epizody péče.

U nemocnic je platba za epizodu péče nejčastěji používána pro elektivní výkony (např. totální endoprotéza kyčelního či kolenního kloubu). *Epizoda péče* pak představuje nejen hospitalizaci a samotný zákrok, ale i vyšetření před operací a péči – lůžkovou i ambulantní – po operaci: např. rehabilitace, kontroly a vyšetření u lékaře, následnou radiodiagnostiku, ale i rehospitalizace. Vždy platí, že do *epizody péče* je zahrnuta jen ta zdravotní péče, která souvisí s daným výkonem. To vytváří tlak na poskytovatele, aby neindikovali nepotřebná či duplicitní vyšetření a aby se eliminovalo riziko nákladné rehospitalizace.



Daniel Hodyc

Bohaté zkušenosti s platbou za epizodu péče mají především v USA, a to zejména po přijetí Affordable Care Act v roce 2010, na který od roku 2013 navázal pilotní projekt smluv mezi poskytovateli a Medicare. Z výsledků vyplývá, že poskytovatelé začali více vyjednávat o cenách implantátů, efektivněji plánovat jednotlivé části epizody a celkově se snížila délka pobytu v nemocnici. Zároveň došlo k výrazně vyššímu zapojení nemocnic do koordinace ambulantní péče o pacienta po propuštění a zajištění dobré návaznosti časné lůžkové či ambulantní rehabilitace. Úspory na jednu epizodu péče byly v případě TEP v průměru 10 až 15 %, část této úspory byla vyplacena jako bonus poskytovatelům. Jasným benefitem pro pacienta byla v tomto případě koordinovanější a lépe plánovaná zdravotní péče.

Platba za kvalitu – P4P – příklad z ambulantního sektoru

Principem platby za kvalitu (pay for performance, P4P) je platba na základě klinických výsledků pacientů či výsledků a aktivit poskytovatele. Měřítkem pro zhodnocení kvality péče může být např. dosažení daných klinických hodnot u pacientů,

evidence chronicky nemocných pacientů v registru, či míra screeningu pacientů. Mimo finanční ocenění může mít na zvýšení kvality péče pozitivní vliv i zveřejnění výsledků hodnocení poskytovatelů a publikace žebříčků poskytovatelů.

Největší zkušenosti mají s P4P kontrakty v USA, rozšířené jsou ale i v Německu, Austrálii či Brazílii. Více než 10 let funguje platba za kvalitu u praktických lékařů v Anglii, Walesu, Skotsku a Severním Irsku – Quality and Outcomes Framework (QOF). Cílem programu je zvýšit kvalitu péče zejména v oblasti diagnostiky a managementu nejčastějších chronických onemocnění.

Lékaři jsou odměňováni na základě 150 indikátorů rozdělených do 4 oblastí: klinické, organizační, zkušenosti pacientů a dodatečné služby. Největší důraz je kladen na klinickou oblast, za niž mohou lékaři získat dvě třetiny z dosažitelných bodů. Indikátory v této oblasti se zaměřují na 22 různých onemocnění (např. diabetes mellitus, astma, rakovina, deprese, obezita) a jsou vytvořeny na základě nejnovějších poznatků z klinické praxe. Pro každé onemocnění je určeno několik indikátorů, které hodnotí klinické výsledky pacientů, dodržování doporučených postupů léčby (např. léčba doporučenými léky, pravidelná vyšetření pacientů) a dosahování strukturálních cílů (např. vedení registru pacientů s určitým onemocněním). Indikátory v organizační doméně se vážou ke vzdělávání lékařů, poskytování informačních zdrojů pacientům, vedení ordinace a zdravotní dokumentaci.

Díky tomuto systému odměn se podařilo zvýšit kvalitu péče i v odlehklých oblastech a snížila se tak nerovnost v poskytování zdravotní péče, a to zejména v oblasti sekundární prevence. Z pohledu pacientů se prodloužila délka konzultací a zlepšil se systém objednávání k lékaři.

Platba za péči o chronicky nemocného pacienta

Zejména v Nizozemsku je rozšířená „balíčková“ platba za péči o chronicky nemocného pacienta. Svou podstatou se jedná o implementaci bundled payment, který byl představen v první části tohoto článku, v ambulantním prostředí. Rozvoj tohoto platebního mechanismu jde ruku v ruce s rozvojem programů péče o chronicky nemocné, tzv. disease management programů, které reagují

na nárůst počtu chronicky nemocných pacientů, neadekvátní nastavení organizace péče a její fragmentaci. Platba za epizodu v Nizozemsku funguje tak, že pojišťovny platí jeden poplatek smluvní jednotce, tzv. „care group“, aby pokryla celou škálu péče a služeb pacientů s daným chronickým onemocněním. Zpravidla se jedná o skupinu praktických lékařů, kteří zdravotní péči zajišťují buď sami, nebo ji mají nasmlouvanou u jiných poskytovatelů (specialistů, komplementu atp.). V roce 2010 bylo více než 80 % praktických lékařů zapojeno do některé care group.

Vše smlouvách jsou specifikovány povinnosti dané skupiny poskytovatelů při péči o určitou skupinu pacientů, např. diabetiků, pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí či pacientů s rizikem cévních onemocnění. Poskytovatelé jsou hodnoceni jak na základě procesních indikátorů (např. podíl pacientů, kterým bylo provedeno určité vyšetření v posledních 12 měsících), tak na základě výsledků pacientů (podíl pacientů, již mají hladinu cukru v krvi nižší, než je stanovená hodnota). Zavedení tohoto typu plateb vedlo v Nizozemsku ke zlepšení koordinace mezi poskytovateli a plánování péče o pacienta.

Platba za péči o chronicky nemocné je také součástí slovenského disease management programu pojišťovny Dôvera, který se zaměřuje na léčbu diabetu. Diabetologové jsou nejdříve odměňováni za zapojení pacientů do programu a odeslání pacienta na odborně vedenou edukaci, poté za dodržování doporučených postupů péče a v následujících letech programu je plánováno navázání určité části odměny na dosažení klinických výsledků péče o pacienty s diabetem.

Obdobných i jiných inspirativních přístupů k úhradám zdravotní péče, které motivují poskytovatele lépe spolupracovat a zároveň je dokážou odměnit za dobré výsledky, bychom v zahraničí našli celou řadu. Z mého pohledu je podstatné, že implementaci tohoto typu kontraktů do úhradových mechanismů v ČR nebrání v teoretické rovině vůbec nic. Platí však, že se jedná o velmi komplexní a zároveň často individuální přístup, což je dobře realizovatelné v individuálním jednání zdravotní pojišťovny s vybranou skupinou poskytovatelů, ne však již formou tzv. úhradové vyhlášky.

1. Jak hodnotíte návrh úhradové vyhlášky pro příští rok?
2. Jaký vývoj v uspořádání vztahu plátce–poskytovatel byste si přál/a?
3. Jaké změny v úhradových mechanismech byste uvítal/a?



*Ing. Jaroslava Kunová
předsedkyně, Asociace nemocnic ČR*

odpovědi Jaroslavy Kunové:

1. Úhradová vyhláška zatím není v definitivním znění. Nemocnice se obávají, aby byl zachován předpokládaný podíl finančních prostředků do nemocnic. Nemocnice jsou v kritické personální situaci a je nutno zvýšit mzdy a zamezit odchodu personálu. Nemocnice zajišťují nenahraditelnou úroveň péče, náročné a specializované výkony, výzkum, zavádění nových, moderních způsobů léčby. Pokud by zdravotnický zkušený a specializovaný personál nemocnice opustil, je kriticky ohrožena péče.

2. Domnívám se, že nejde jen o vztah mezi plátcem a poskytovatelem, ale musí se do tohoto vztahu připojit i pacient. Zatím to funguje tak, že pojišťovna vybere povinnou zdravotní daň, ale pak již nemá zájem o spokojenost

klienta a přenáší zodpovědnost na zdravotnická zařízení. Je to také dáno tím, že paušální systém financování nemocnic toto umožňuje. Poskytovatel dostane limit a zajistit péči pro všechny pacienty je povinností ZZ, které dle zákona nemůže pacienta odmítnout. Téměř 20 let se buduje systém DRG, který by měl fungovat tak, aby peníze šly za pacientem. Součástí tohoto systému je i prověření nákladů, lepší rozdělení diagnóz do srovnatelných nákladových skupin a celková optimalizace systému. Doufáme, že tento projekt dobře dopadne. Pojišťovny by také měly podávat informace pacientovi o nákladech na jeho péči, upozorňovat ho na kontraindikace léků a duplicitních vyšetření a tím šetřit finanční prostředky.

3. Jak již jsem uvedla výše, je nutno zajistit, aby finanční prostředky šly za pacientem, žadaná ZZ by měla dostat více peněz. Systém by měl být narovnan a postaven na skutečných nákladových prověřených položkách příslušné diagnózy. Měla by být ohodnocena kvalita, rychlost vrácení pacienta do aktivního života.

odpovědi Zorjana Jojka:

1. S návrhem úhradové vyhlášky pro rok 2018 nesouhlasíme a svůj protest jsme již také poslali na MZ. Pokud by byla vydána v nezměněném znění, pro ambulantní specialisty by to znamenalo pokles úhrad proti roku 2017 v rámci kriticky nízkého koeficientu v úhradovém vzorci, velmi tvrdého limitu pro

předpis léků a zdravotnických prostředků, snížení tzv. malého počtu pojištěnců ze 100 na 50 i u výkonů a také kvůli tomu, že MZ navrhuje ponechat limit náhrady za zrušené regulační poplatky na úrovni roku 2014 bez ohledu na to, že za ty čtyři roky došlo k místy i významnému přesunu pojištěnců mezi pojišťovnami. To vše přichází v situaci v ČR nebyvalé konjunktury, kdy MZ nabízí nemocničním ambulantním za stejnou práci nárůst příjmů o 12,4 % a některým jiným částem nemocniční péče až o 32 %. K této nerovnováze a upozadování soukromého sektoru nevidíme jediný objektivní důvod.



*MUDr. Zorjan Jojko
předseda, SAS ČR*

2. Pokud myslíte vztah pojišťovna–pacient, pak bych rád viděl větší motivaci pacienta v péči o své zdraví a také o kontrolu výdajů, které jsou na jeho osobu

vykázané zdravotnickými zařízeními. Samozřejmě by to ale muselo znamenat zavedení účinného systému, podle něhož by mohla pacienta příslušná zdravotní pojišťovna buď bonifikovat, nebo naopak „trestat“ za dodržování či porušení mezi nimi dohodnutých pravidel. Vzhledem k tomu, že na úroveň kvality českého zdravotnictví máme v systému v EU neobvykle málo peněz, mám však za to, že toto mé přání zůstane dlouho nesplněným. Myslím totiž, že nám chybějí finanční rezervy na realizaci opravdu viditelné, a tedy účinné motivace.

3. Mezi svými kolegy velmi často slyším postesky, že se do platby za jejich práci nijak nepromítá její kvalita. V tom mají, myslím, pravdu. Jinak jsem ale toho názoru, že český systém nepotřebuje žádnou velkou revoluci, tj. změnil bych jen motivaci účastníků dohodovacího řízení se dohodnout. Tím myslím to, že MZ nesmí ještě před začátkem dohodování svými sliby rozdat místy i více peněz, než se v tu chvíli předpokládá, že bude mít systém v následujícím období k dispozici, a také že musí být ve svém myšlení méně provozovatelem svých nemocnic a více koordinátorem veškeré zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Tedy navrhuji jen změnit postoj ministerstva zdravotnictví v tom duchu, jak uvažuje většina vyspělé Evropy.

odpovědi Petra Šonky:

1. Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2018 je špatný, protože opět jednoznačně preferuje lůžkový segment na úkor ostatních poskytovatelů. Děje se tak již řadu let, ale letos je tato disproporce extrémní. Přitom každému je jasné, že personální problémy nemocnic nemůže vyřešit, pokud jsme rezignovali na nutnost

redukce lůžkových zařízení a restrukturalizaci lůžkového fondu. Zato prohlubuje problémy v ambulantním sektoru a důsledky tohoto krátkozrakého přístupu pocítíme v příštích letech v podobě zhoršení dostupnosti primární péče zejména na venkově.



*MUDr. Petr Šonka
předseda, SVL ČR*

Návrh zcela ignoruje slib představitelů MZ ČR ze září 2016, kdy vznikla dohoda o tom, že navýšená cena lékařské práce o 10 % v Seznamu výkonů s platností od 1. 1. 2016 bude konečně promítnuta i do výkonů zahrnutých v kapitaci. A to ve dvou fázích. Část dohody byla naplněna v roce 2017, nyní mělo dojít k navýšení základní sazby kapitace o 3 % pro rok 2018.

V době ekonomického růstu a očekávaného rekordního navýšení výběru pojistného v roce 2018 ve výši 15 mld. Kč lze považovat to, že se pro primární péči nenašlo požadovaných 280 milionů korun a ministerstvo navrhuje stagnaci sazby kapitace, za výsměch praktickým lékařům a pohrdání jejich prací. Navíc je třeba vzít v úvahu, že součástí kapitační sazby jsou i režijní ná-

klady, včetně nákladů na mzdy našich zdravotních sester. MZ ČR zřejmě tedy pohrdá i jejich prací. Za posledních dlouhých 9 let narostla v průměru základní sazba kapitace pouze o 7 %. To je opravdu tristní ocenění významu primární péče.

Za naprosto skandální považuji návrh na snížení úhrady za pacienty, kteří v daném období neměli potřebu a zájem čerpat zdravotní péči. Pokud není doprovázen návrhem na navýšení kapitační platby za pacienty, kteří naopak navštěvují ordinace nadprůměrně často, je zřejmé, že tvůrce úhradové vyhlášky vůbec nepochopil základní princip kapitační platby.

Praktický lékař nemá k dispozici žádný nástroj, jak donutit registrovaného pacienta k návštěvám jeho ordinace. Každý pacient má možnost čerpat zdravotní služby specialistů i nemocnic, kdekoli se mu zachce. Každý pacient má možnost ignorovat pozvánky na prevenci. Regulaci pohybu pacienta zdravotním systémem má zajišťovat stát a zdravotní pojišťovny a není možné za toto trestat praktické lékaře. Navíc za období 36 měsíců, se kterým operuje úhradová vyhláška, dojde ke značným změnám v registrované klientele, také k mnoha změnám přeregistrací pojištěnec a zejména u malého počtu pojištěnců dochází ke značným procentním odchylkám. Provedení výpočtu podle navrženoého textu je podle nás v praxi nerealizovatelné (například při změně zdravotní pojišťovny nebude u nové pojišťovny logicky evidována žádná poskytnutá zdravotní péče, protože pacient nebyl jejím pojištěncem). Navíc je nutné říci, že praktický lékař poskytuje v rámci kapitace (nevykazuje výkony) i zdravotní služby, které zdravotní pojišťov-

na není schopna identifikovat (např. telefonické konzultace, injekce i. v., i. m., s. c., konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta atd. atd.). Jakékoliv další výpočty o poskytnutých zdravotních službách jsou pak minimálně nepřesné a zavádějící. Navíc problematiku nechodících pacientů a naopak pacientů, kteří navštěvují ordinaci vysoce nadprůměrně, již 20 let řeší kapitační věkové indexy, které vyjadřují náročnost péče o danou věkovou skupinu a také vyjadřují míru pravděpodobnosti počtu návštěv v ordinaci.

2. Ocenil bych, kdyby dohodovací řízení bylo skutečným dohodovacím řízením poskytovatelů se skutečnými zdravotními pojišťovnami, které mají dostatečný prostor pro vlastní suverénní politiku a směřují k efektivnímu zajištění kvalitní zdravotní péče pro své klienty. Letošní situace, kdy hned při prvním kole jednání už pojišťovny vědí, že veškerý výběr pojistného, který předpokládají pro příští rok, padne na realizaci slibů deklarovaných ministerstvem (a nejspíš na to ani nebude stačit), nedávala žádný prostor pro vyjednávání nad požadavky ostatních, ministerstvem nepreferovaných segmentů. Pokud pojišťovny nemají prostor k vlastní politice a vše je de facto předem dáno vedením, mění se dohodovací řízení v půl roku trvající frašku pod názvem „Čekání na úhradovou vyhlášku“.

3. Nesdílím nadšení z často zmiňované myšlenky úplného zrušení institutu úhradové vyhlášky. Myslím si, že jako pojistka v rukou rozumného regulátora trhu, kterým by ministerstvo mělo být, má svůj smysl. Její slabiny se však ukazují v situaci, kdy ministerstvo již dlouhou řadu let řídí výhradně zástupci jednoho segmentu zdravotnic-

tví, kteří zcela rezignovali na snahu o koncepci a smysluplné řízení resortu a přes evidentní konflikt zájmů používají úhradovou vyhlášku pouze jako nástroj k finanční sanaci nenasycených potřeb svého segmentu. To však není chyba institutu úhradové vyhlášky, ale osob, které ji realizují: absence vize, koncepčního myšlení a schopnosti podívat se na věc širěji, než jen svojí úzkou optikou bývalého a nejspíš zase i budoucího vrcholného manažera fakultní nemocnice.

Věřme, že příštím tvůrcem úhradové vyhlášky bude někdo, kdo se dokáže vyvarovat těchto chyb a komu bude ležet na srdci spravedlivý a rovný přístup ke všem segmentům zdravotního systému.



*MUDr. David Kostka, MBA
generální ředitel ZP MV ČR*

odpovědi Davida Kostky:

1. Pokud můžeme vycházet z posledního návrhu úhradové vyhlášky, který měla Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky k dispozici, je třeba zdůraznit, že byt jsme si vědomi složitosti tvorby a nastavení úhradových mechanismů,

z pohledu druhé největší zdravotní pojišťovny v České republice pocítujeme jako poněkud nešťastné to, že návrh úhradové vyhlášky předpokládá výdej všech prostředků a současně plánuje také využití rezerv let předchozích. Předložený návrh navíc počítá s podstatným růstem, přičemž prostředky jsou prakticky výhradně alokovány do lůžkové péče, což je spíše v rozporu se světovými trendy, kdy je před hospitalizační péčí zdůrazňováno maximální využití potenciálu ambulantní a jednodenní péče. Nacházíme se v období poměrně silné ekonomické konjunktury doprovázené růstem mezd, a tedy i výběrem pojistného. Dle našeho názoru by bylo možné zvolit pro účely úhrad příštího období variantu, aby prostředky získané příjmem z pojistného byly aspoň částečně zachovány pro případné krytí výpadků příjmů v horších časech, aby byla udržena nastavená úroveň zdravotnictví, stejně jako se tímto způsobem podařilo překlenout pokrizové období let 2008–2014. Nadále pokračuje obrovský rozvoj především v oblasti zdravotnických technologií a má trvalý dopad ve smyslu stálého růstu finanční nákladnosti zdravotní péče. S ohledem na kompletní rozdělení disponibilních prostředků se kromě toho zdravotním pojišťovnám zavírají dveře k možnosti posoudit a ohodnotit kvalitu poskytované péče jednotlivými poskytovateli.

2. Určitě bych uvítal konstruktivní diskusi vedoucí k většímu aktivnímu zapojení plátců, především plátců-občanů, do systému zdravotnictví a zdravotního pojištění tak, aby se zvýšila osobní zodpovědnost pojištěnců-potenciálních pacientů v aktivním přístupu ke zdraví a k jeho ochraně, stejně jako zodpovědnost při

plnění povinností při odvodu pojistného. Povědomí občanů o systému zdravotního pojištění a o podmínkách, které upravují způsob financování zdravotnictví v České republice, není dostatečné. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky se dlouhodobě snaží informovanost pojištěnců v tomto smyslu zvýšit a již několik let svým pojištěncům například využitím produktu Karta života poskytuje ucelený přehled o nákladech na hrazené služby. Dobrou cestou pro motivaci občanů k aktivnímu zapojení do systému může být také stále více diskutované dvousložkové pojistné. Tento způsob může pozitivně prostřednictvím finančního aspektu odrážet odpovědný přístup každého jednotlivce k péči o vlastní zdraví spolu se zájmem o jeho udržení a předcházení komplikací spojeným s případným rozvojem onemocnění, včetně přímého dopadu lepší kontroly nad svým zdravím a případného zohlednění absolvování preventivních zdravotních aktivit, zvláště preventivních prohlídek.

3. Uvedené bych shrnul do slov předvídatelnost, jednoduchost a spravedlnost. Úhradová vyhláška každoročně překvapuje a pro plátce i poskytovatele znamená implementace změn nemalé úsilí i další finanční náklady. V době, kdy zdravotní pojišťovny spolupracují ve snaze nastavit systémové řešení pro spravedlivou úhradu za diagnostický případ, z našeho pohledu možná zbytečně úhradová

vyhláška dále fixuje historické úhrady, které jsou doplňovány složitě nastavenými a někdy obtížně interpretovatelnými koeficienty specializace či různými úrovněmi základních sazeb. Obdobně platí i pro seznam zdravotních výkonů, na němž je třeba trvale pracovat a kultivovat jej, aby spravedlivě odrážel potřeby i možnosti systému zdravotnictví a zdravotního pojištění.



*Ing. Petr Klíma, MBA
ředitel ekonomického úseku,
Nemocnice České Budějovice, a.s.*

odpovědi Petra Klímy:

1. Úhradová vyhláška pro rok 2018 je v určitých směrech spravedlivější než v minulých letech, kdy se snaží alespoň částečně napravit značné rozdíly mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami a jednotlivými nemocnicemi v úhradě lůžkových zdravotních služeb. Mechanismus

sice nenapravuje všechno, ale aspoň se o to snaží a nastoupená cesta slibuje zlepšení i do budoucna. Zároveň se snaží zajistit nemocnicím dostatek finančních prostředků na navýšení mezd. Na druhou stranu je vyhláška opět složitější než v minulých letech a může být zdrojem sporů obou stran ohledně výkladu některých ustanovení.

2. Vyhláška zcela rozděluje veškeré disponibilní prostředky zdravotních pojišťoven a nezbyvá již téměř žádný prostor pro individuální ujednání mezi plátcem a poskytovatelem. Vhodné by bylo ponechat více volnosti obou stranám, kdy by bylo možné individuálně jednat o jednotlivých složkách úhrady a zohlednit tak specifika jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

3. Bylo by velice příjemné, pokud by existovala stejná pravidla pro úhrady pro delší období, ne vždy jeden kalendářní rok. Nedocházelo by k zásadní změně ve způsobu úhrady zdravotních služeb, takže by bylo alespoň trochu predikovatelné, jak se bude systém úhrad vyvíjet v dalších obdobích. Zatím je pro každý rok vyhláška zcela jiná. Vyhláška navíc nezohledňuje specifický vývoj v objemu poskytovaných zdravotních služeb především u těch poskytovatelů a plátců, kde dochází k velkým výkyvům v produkci. Tyto zásadní změny produkce jsou vždy předmětem vyjednávání s plátcem s různou úspěšností při jejich vyřešení.