

O d ů v o d n ě n í

Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) předkládá návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro rok 2013. Uvedený návrh se předkládá na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 (dále jen „zákon“). Podle tohoto ustanovení vydává ministerstvo každoročně vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních pro následující kalendářní rok. Návrh této vyhlášky vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče jako zástupců smluvních poskytovatelů (dále jen „dohodovací řízení“).

Obsah uvedené vyhlášky je ovlivněn skutečností, zda v příslušném dohodovacím řízení dojde či nedojde mezi jeho účastníky k dohodě o parametrech úhradových mechanismů na následující kalendářní rok. V případě dohody (za předpokladu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) ji ministerstvo zpracuje do návrhu vyhlášky, v případě nedohody pak hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení stanoví samo. Rozhodujícím faktorem při stanovení úhradových parametrů je odpovědnost ministerstva za respektování veřejného zájmu na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je tento zájem definován v ustanovení § 17 odst. 2 zákona.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2013 probíhalo v období od 6. března 2012 do 21. srpna 2012. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě v následujících z 11 segmentů zdravotní péče, a to v segmentu praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost; v segmentu gynekologie a segmentu dopravy. Proti každé z dohod byly podány protesty (zástupci praktických lékařů pro děti a dorost proti první z dohod; zástupci segmentu komplementu a mnohými odbornými společnostmi, kupříkladu kardiologie, proti druhé z dohod; a zástupci zdravotní dopravní služby proti poslední z dohod). Protesty ale nebyly uznány jako platné, jelikož nebyly podány včas podle jednacího řádu dohodovacího řízení.

V návaznosti na tento výsledek ministerstvo předkládá návrh vyhlášky, u níž je nutno konstatovat, že se podle § 17 odst. 5 zákona tato vyhláška použije pouze tehdy, pokud se

poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.

Ministerstvo připravilo návrh vyhlášky tak, aby nastavené parametry respektovaly dvě základní premisy. První je finanční rozsah daný možnostmi systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2013. Druhým předpokladem je nutnost vytvořit úhradové mechanismy takové motivace, které povedou poskytovatele k hospodárnějšímu a efektivnějšímu využívání omezených zdrojů veřejného zdravotního pojištění.

Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace podle obecných zásad

1. Důvod předložení a cíle

1.1 Název

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013.

1.2 Definice problému

Návrh vyhlášky, kterou jsou stanoveny hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2013, je předkládán na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb. Pro naplnění zákona bylo nutné přesně určit hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení. Nečinnost ministerstva nepřipadá v tomto případě v úvahu, neboť by šlo o porušení zákona, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2013 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Dikce § 17 odst. 5 zákona stanoví právní rámec věcného řešení úhrad zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění a příslušná regulace vztahů s touto oblastí spojených je tedy tímto ustanovením vyjádřena. Každoročním vydáním příslušné vyhlášky dochází k naplnění regulace, kdy Ministerstvo zdravotnictví stanovuje v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem parametry pro úhradu zdravotní péče z limitovaného objemu finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. Návrh vyhlášky respektuje jak finanční možnosti systému zdravotního pojištění v roce 2013, tak zároveň vytváří motivace pro poskytovatele péče k efektivnějšímu a hospodárnějšímu využívání finančních zdrojů.

Finanční podmínky systému se oproti předchozím letům nadále zhoršují. Dle modelace ministerstva budou příjmy z veřejného zdravotního pojištění v roce 2013 o 3,3 miliardy Kč nižší než v roce 2012. V modelaci se berou do úvahy odhady ekonomických ukazatelů Ministerstva financí (data za říjen 2012), které následně figurují v modelacích předpokládaného výběru pojistného a plateb státu do systému veřejného zdravotního pojištění. K udržení bilanční rovnováhy systému veřejného zdravotního pojištění je nutné dodržet rovnost příjmů a výdajů v roce 2013 – na základě výše zmíněné modelace lze tedy oproti roku 2012 očekávat nominální snížení příjmů o 1,4 %. Obecně se dá konstatovat, že české

zdravotnictví i přes v minulosti zavedená opatření ministerstva stále trpí určitou mírou podfinancování, ale především nízkou efektivitou, proto obecně regulace tak, jak ji stanovuje navrhovaná vyhláška, je oproti roku 2012 restriktivnější a snaží se zabraňovat nepotřebné nadprodukcí péče. Systém financování akutní lůžkové péče formou případového paušálu (DRG) zajišťuje, aby úhrady skutečně reflektovaly náklady a strukturu poskytnutých služeb a nemotivovaly ke zbytečně provedeným výkonům. Vyhláška je proto v souladu s veřejným zájmem na zvýšení efektivity poskytovaných zdravotních služeb, o kterém byla informována vláda České republiky na svém zasedání 7. listopadu 2012. Vláda vzala na vědomí informaci o potřebě tlaku na zvýšení efektivity celého systému veřejného zdravotního pojištění. Základní parametr výše úhrad pro rok 2013 je sazba ve výši 98 % objemu referenčního období, tj. roku 2011, s výraznou degresí nad tento objem. Druhým parametrem je koeficient zohledňující regionální změnu počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven.

V českém zdravotnictví existují jak ospravedlnitelné, tak neospravedlnitelné rozdíly mezi cenami jednotlivých poskytovatelů, které vznikaly historicky. Vznikaly nejen prostřednictvím tzv. paušálů (globálních rozpočtů), ale i v důsledku zafixování historických objemů úhrad v situaci, kdy se měnil počet pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami. Toto historické reziduum snižuje motivaci jednotlivých poskytovatelů k hospodárnému jednání a vede k podfinancování některých typů zdravotních služeb, tedy k celkové neefektivnosti systému veřejného zdravotního pojištění.

Navrhovaná úhradová vyhláška pokračuje v narovnávání cen, zejména v oblasti akutní lůžkové péče, a to nejen mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, ale i mezi úhradami jednotlivých zdravotních pojišťoven. V období uplatňování historických paušálů vznikl prostor pro vzájemnou substituci nesouvisejících zdravotních služeb v rámci některých poskytovatelů (např. mezi ambulantní a lůžkovou částí). I tyto neefektivnosti se snaží navrhovaná úhradová vyhláška odstranit. To vše i s ohledem na ekonomickou situaci poskytovatelů zdravotních služeb a s vědomím, že tyto neefektivnosti nelze zcela odstranit během dvou následujících let.

Ministerstvo zdravotnictví prostřednictvím úhradové vyhlášky také vyjadřuje potřebu vytvořit stabilitu a prediktabilitu v oblasti financování zdravotních služeb. V zájmu zajištění stability a jistoty financování zdravotních služeb proto dodržuje v základních úhradových mechanismech a v celé úhradové vyhlášce stejnou strukturu jako v minulosti a důsledně trvá na úhradových mechanismech, které zvyšují efektivitu a nepřímo i kvalitu zdravotní péče v České republice.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška pro rok 2012 vydaná v prosinci 2011. Vyhláška úzce navazovala na výsledky dohodovacího řízení v roce 2011, kdy v zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení nedospěli k dohodě v žádném z 11 segmentů zdravotní péče. Ministerstvo proto připravilo návrh vyhlášky tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2012.

V oblasti akutní lůžkové péče vyhláška stanovila složený způsob úhrady, a to z individuálních složek úhrady (individuální složka tzv. „balíčků“ vyčleněné skupiny DRG, kde je smluvně dohodnut počet a výše úhrady mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb, další část individuální úhrady představuje úhrada léčivých přípravků v centrech specializované péče), úhrady za případový paušál, úhrady za péči vyjmutou ze systému úhrady za případový paušál a úhradu za ambulantní péči.

Přechod z paušálního způsobu úhrady znamenal, že v průměru cca přes 85 % úhrad zdravotní péče bylo ovlivněno skutečně poskytnutou zdravotní péčí, což mělo do budoucna eliminovat závislost na historických rozpočtech. V propočtu úhrady byly zavedeny koeficienty navýšení úhrady, které při naplnění výkonových parametrů porovnávacího období vytvářely finanční prostor pro naplnění mzdových požadavků zdravotnických pracovníků v jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

Mechanismus úhrady léčivých přípravků, které byly podávány výlučně v centrech specializované péče (tzv. „centrové léky“), byl dále individuálně nasmlouvatelný mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami, což umožňovalo aplikovat pro tuto péči vhodné kontrakty sdílení rizika. Oproti období 2008 – 2010 návrh vyhlášky zavedl základní hranici maximální výše úhrady centrových léků, která bude násobkem na jedné straně sníženého průměru úhrady za pojištěnce z roku 2010 (98 %) a, na straně druhé, počtu pojištěnců v roce 2012. Tento způsob úhrady byl limitován 10% nárůstem pojištěnců vůči referenčnímu období.

Vyhláška zavedla dolní risk koridor pro případ poklesu úhrady pod 98 % úhrady roku 2010 pro úhrady ambulantní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních. Dále bylo stanoveno omezení na předepsané léky a zdravotnické prostředky pro akutní i následnou lůžkovou zdravotní péči na úrovni 98 % roku 2010.

Regulační limit na předepsané léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči zůstal v segmentu praktických lékařů na úrovni 120% referenční hodnoty.

Mechanismus úhrady pro ambulantní stomatologickou péči zůstal stejný jako v minulých letech včetně globálního zastropování.

Vyhláška také zvýšila hodnoty pro výkony zdravotnické záchranné služby a naopak snížila hodnotu bodu u komplementární péče pro všechny odbornosti, včetně degresní hodnoty bodu. U fyzioterapie a u dopravní zdravotní služby se také snížila degresní hodnota bodu.

V průběhu roku 2012 se objevilo několik technických problémů, na které navrhovaná úprava reaguje a které řeší či detailně rozpracovává.

1.4 Identifikace dotčených subjektů

Vyhláškou dotčenými subjekty jsou účastníci systému veřejného zdravotního pojištění, tj. zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb.

1.5 Popis cílového stavu

Cílem navrhované právní úpravy je stanovit hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2013.

Cílem nové úhradové vyhlášky je vytvořit prostředí, které bude vytvářet finanční motivace pro zvýšení efektivity poskytovaných zdravotních služeb a současně zajistit reálné ocenění poskytovaných služeb a dostupnou zdravotní péči pro všechny pojištěnce. Ve veřejném zájmu je jednak zajištění potřebných zdravotních služeb se současným vyrovnaným financováním veřejného zdravotního pojištění. Jedná se tedy o požadavek vyrovnaného systému ve smyslu rovnosti nákladů a příjmů. V podmínkách minimálního očekávaného růstu příjmů či zaměstnanosti a existence sald mnoha zdravotních pojišťoven lze tedy označit tuto vyhlášku jako restriktivní. Odhadovaná nominální výše celkových úhrad je modelována na 98 % referenčního období. Dopady takových opatření jsou pro finanční rovnováhu zdravotních pojišťoven pozitivní, pro ostatní subjekty jsou na systémové úrovni neutrální – např. poskytovatelé nebudou vystavováni podnětům k nadprodukcí. V kombinaci s pokračováním úhrad formou případového paušálu a sblížení základních sazeb (konkrétně vyšší váhy u referenční základní sazby, která je jednotná celostátně, a z toho vyplývající snížení váhy u individuálních základních sazeb) by vyhláška měla vést systém k vyšší

finanční efektivitě, což při zhodnocení současného nepříznivého stavu systému je jednoznačně žádoucí stav. Konkrétní navrhovaná opatření jsou uvedena v následujících odstavcích.

Úhrada akutní lůžkové péče v roce 2013 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady (individuální složka tzv. „balíčků“), kde je smluvně dohodnut objem péče (např. počet výkonů) a výše úhrady mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb. Návrhy úhrad centrových léků vycházejí z kompromisního výsledku jednání zdravotních pojišťoven a asociace nemocnic. Další metodou úhrady je forma případového paušálu a úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu.

Úhrada pomocí případového paušálu je ovlivněna objemem a skladbou skutečně poskytnutých hrazených služeb. V rámci úhrady se zohledňuje produkce referenčního období, technická základní sazba, která je jednotná pro všechny poskytovatele i zdravotní pojišťovny, individuální základní sazba, která se stanoví na základě hodnot v referenčním období pro jednotlivé poskytovatele zdravotních služeb a smluvní zdravotní pojišťovnu, přechody pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami, změnami struktury hospitalizovaných pojištěnců a změnami počtu hospitalizovaných pojištěnců dle případového paušálu. Novinkou je způsob nastavení horního limitu na výpočet redukováného casemixu, který je omezen 95% z objemu referenčního období (změna poměru počtu pojištěnců je započítána též). Základní sazba se skládá z technické základní sazby ve výši 29 500 Kč a individuální základní sazby. Na celkovou úhradu je aplikován tzv. risk koridor, který zajistí, že úhrada žádnému poskytovateli lůžkových zdravotních služeb nepoklesne pod 98% celkové úhrady při stejném objemu péče jako v referenčním období. Nově je upravena úhrada ambulantní péče poskytované těmito poskytovateli, jejíž úhrada bude stanovena obdobně jako v segmentu ambulantních specialistů. Případný pokles úhrady je také omezen maximální možnou výší. Cílem je hradit stejný typ péče stejným způsobem, ať je poskytován kdekoli.

V úhradě hrazených služeb hrazených jako vyčleněné z případového paušálu dochází ke dvěma druhům úprav. Jednak je z regulačního omezení nově vyjmut případ, kdy poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců. Dále je navýšena celková výše úhrady (hrazené v degresní sazbě) na 115%.

Všechny navrhované úpravy v sobě obsahují i úpravu úhrady podle změny počtu pojištěnců v posledních letech v rámci jednotlivých krajů ČR.

Lůžková následná péče je hrazena prostřednictvím hodnoty ošetřovacích dnů jako v minulých letech. V tomto segmentu nedochází k restrikcím celkové úhrady.

Pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost se podmínky kapitačních i dalších plateb a limity pro uplatnění regulačních opatření nemění. Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči poskytovanou v ambulantních zdravotnických zařízeních hrazenou podle seznamu výkonů se snižuje hodnota bodu na 0,9 Kč pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči. U sektoru ambulantních služeb se snižuje hranice pro uplatnění snížené hodnoty bodu ze 100 % na 98 % referenčního období, stejně jako v segmentu komplementu, kde v zájmu regulace nadprodukce došlo ke stejnému snížení limitu objemu bodů, do kterého platí hodnoty bodu. Dále došlo ke zpřesnění určení referenčního období. V segmentu dopravní zdravotní služby se zavádí hodnota bodu ve výši 1,23 Kč pro výkony poskytnuté a vykázané v krajském městě a Praze poskytovatelem poskytujícím zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu. V odbornosti radiologie jsou navrhovány parametry totožné s těmi platnými pro rok 2012. V segmentu laboratorního komplementu dochází k poklesu hodnot bodu s možnou bonifikací pro poskytovatele poskytující služby v minimálně 4 autorských odbornostech. Ostatní hodnoty bodu zůstávají nezměněny.

Jako referenční období pro výpočet výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v roce 2013 se stanoví rok 2011. Důvodem pro stanovení tohoto referenčního období je, stejně jako v předchozích dvou letech, fakt, že výše úhrad za toto období, včetně vyúčtování, je v době přípravy vyhlášky již alespoň zčásti známa, na rozdíl od roku 2012.

1.6 Zhodnocení rizika

Nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení by znamenalo porušení povinnosti uvedené pro Ministerstvo zdravotnictví, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2013 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Rovněž jejím vydáním dojde ke zamezení případného rizika žalob (viz závěry z relevantních právních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2021, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010), vyplývajících ze situace, kdyby nebylo možno jednoznačně určit podle jakých parametrů počítat výše úhrady.

2 Návrh variant řešení

Realizační varianta Z výše uvedených informací je patrné, že vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013 musí být vydána. Její podoba však závisí na volbě parametrů, které nejsou jednoznačně určeny. Ministerstvo zdravotnictví může teoreticky stanovit libovolnou hodnotu bodu různých segmentů zdravotní péče či základní technické sazby. Výsledná parametrizace úhradové vyhlášky však bere v potaz několik kritérií. Zaprvé reflektuje makroekonomický výhled na rok 2013, který nepočítá s výrazným zvýšením příjmů v systému, a také bere v potaz vládou prosazovanou fiskální konsolidaci, která nepočítá s navýšením plateb za „státní pojištěnce“ ani s plošným navýšením pojistného, a v důsledku čehož je nutné hledat úspory uvnitř systému. Vyhláška také počítá s předpokládaným dopadem vnějších vlivů na systém, které zvýší náklady poskytovatelů. Jedná se hlavně o dopady navýšení sazby daně z přidané hodnoty, inflace a zvýšení platů v referenčním období. Zadruhé vyhláška motivuje k zefektivnění hospodaření poskytovatelů a také k léčbě těžce nemocných pacientů. Zlepšení efektivity hospodaření stojí primárně na principu subsidiarity a systému DRG, který paušální platbou za případ motivuje poskytovatele k poskytování skutečně potřebné péče. Výsledná kombinace parametrů by tak měla být vyvážená jak směrem k zefektivnění systému, tak i ke zkvalitnění zdravotních služeb. Navíc nutně bere v potaz vnější hospodářské vlivy a jejich předpokládané důsledky na zdravotní systém.

Jako referenční období pro výpočet výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v roce 2013 se stanoví rok 2011. Důvodem pro stanovení tohoto referenčního období je, stejně jako v předchozích dvou letech, fakt, že výše úhrad za toto období, včetně vyúčtování, je v době přípravy vyhlášky již alespoň zčásti známa, narozdíl od roku 2012.

V oblasti akutní lůžkové péče se stejně jako v roce 2012 rozlišuje způsob úhrady v několika formách. Úhrada poskytovateli v roce 2013 zahrnuje individuálně smluvně sjednanou složku úhrady (individuální složka tzv. „balíčků“), kde je smluvně dohodnut objem péče (např. počet výkonů) a výše úhrady mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb. V případě, že nedojde k dohodě mezi plátcem a poskytovatelem do 30. dubna hodnoceného období, tj. roku 2013, navrhovaná úprava stanovuje jako jednotkovou cenu průměr jednotkové úhrady z let 2011 a 2012 v rámci skupiny. Druhou část individuální úhrady představuje úhrada léčivých přípravků v centrech specializované péče, kde hlavní složku úhrady tvoří léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely označené

symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění. Předkládaný návrh v této oblasti vychází z kompromisního výsledku řady jednání zdravotních pojišťoven a asociace nemocnic na půdě ministerstva. Stejně jako v úpravě pro rok 2012 vyhláška zavádí základní hranici maximální výše úhrady těchto tzv. centrových léků, která bude násobkem průměru úhrady za pojištěnce z roku 2011 a počtu pojištěnců v roce 2012. V důsledku snižování cen těchto léčiv se průměrná úhrada za pojištěnce snižuje na 98 %. Na druhou stranu však v případě potřeby mohou poskytovatelé zdravotních služeb zvýšit o 8%, respektive 2% počet unikátních pojištěnců vůči roku 2012 podle typu onemocnění (vyšší sazba pro chronické choroby a nižší pro nechronické). Úprava úhrady metabolických chorob předpokládá průměrnou konstantní cenu léčiv na pojištěnce (100%) i konstantní počet léčených pojištěnců, a proto konstantní výši celkové úhrady (100%). Návrh rovněž předpokládá možnost přesouvat finanční prostředky z léčby pojištěnců v jedné skupině onemocnění do druhé, ovšem jen za podmínky, že prostředky na léčbu první skupiny jsou již vyčerpány. V tomto bodě ministerstvo vychází vstřícně poskytovatelům a pojišťovnám, když kodifikuje existující stav.

Hlavní způsob úhrady akutní lůžkové péče je formou případového paušálu a úhradou vyčleněnou z úhrady formou případového paušálu. V návaznosti na vyhlášku platnou pro rok 2012, kdy došlo k významnému přechodu z úhrady formou paušálu, bude i v roce 2013 úhrada poskytovatelům lůžkové péče ovlivněna objemem a skladbou skutečně poskytnutých služeb, neboť systém případového paušálu (DRG) agreguje poskytovanou péči do klinicky i ekonomicky homogenních skupin. Za potenciálně nepříznivý jev, který je tímto navrhovanou vyhláškou odstraněn, lze označit zejména riziko „upcodingu“ v rámci tohoto úhradového mechanismu, kdy jsou poskytovatelé motivováni ke zkracování délky pobytu na lůžku, ke kódování horšího stavu pacienta (s komplikacemi) a ke zvyšování počtu jednotlivých hospitalizací, respektive hospitalizovaných. Vyhláška pomocí regulačního omezení a úzkého navázání úhrady casemixu a počtu případů při hrazení případovým paušálem totiž neposkytuje žádné motivace k tomuto chování, které v minulosti vedlo podle expertních odhadů k nárůstu produkce až o 15% nad modelovanou hodnotu. Úhrada formou případového paušálu na rozdíl od úhrady paušální napomáhá ke zvyšování efektivity díky nutnosti vykazovat určitý strukturovaný objem produkce a nevede k omezování objemu poskytnuté péče čili „podléčování“ za účelem vytvoření zisku z předem daného objemu úhrad. Zároveň úhrada formou případového paušálu na rozdíl od výkonové platby neposkytuje silný motiv ke generování zbytečných výkonů s mizivým užitekem čili „přelčování“. Užití tohoto způsobu

úhrady tak přispívá ke zvyšování efektivity poskytování zdravotních služeb napříč systémem, a to bez nutnosti plošných škrťů.

Celková úhrada za lůžkovou akutní péči prostřednictvím případového paušálu (DRG) se spočte jako objem produkce (tzv. casemix) vynásobený hodnotou jednotky produkce, tzv. základní sazbou. V rámci úhrady se zohledňuje produkce referenčního období, technická základní sazba, která je jednotná pro všechny poskytovatele i pojišťovny, individuální základní sazba, která se stanoví na základě hodnot v referenčním období pro jednotlivé poskytovatele zdravotních služeb a smluvní zdravotní pojišťovnu, přechody pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami, změnami struktury hospitalizovaných a změnami počtu hospitalizovaných dle případového paušálu. Regulační omezení vyplývají z možnosti náhodných a cílených kontrol způsobu aplikace systému DRG, dále se aplikují na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na celkovou výši úhrad (maximální i minimální). U úhrady formou případového paušálu se mění výpočet produkce (tzv. casemix, který se stanoví jako počet vykázaných a uznaných případů vynásobený indexy DRG skupin).

Vzhledem k finanční situaci se stanovuje horní limit na výpočtu redukováného casemixu, a to jako minimum z následujících možností:

- objem produkce měřený dle produkce v rámci systému DRG v hodnoceném období, nebo
- objem produkce měřený dle produkce v rámci systému DRG v referenčním období vynásobený koeficientem 0,95 a koeficientem přechodu pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami, a nebo
- objem produkce měřený dle produkce v rámci systému DRG v hodnoceném období vynásobený změnou průměrné vážnosti případu v referenčním období a počtem případů v hodnoceném období. Změny ve vážnosti struktury produkce a změny v počtech případů jsou matematicky optimalizovány Cobbovou-Douglasovou funkcí.

Smluvní partneři tedy vypočítají všechny výše uvedené možnosti a poté zvolí ten mechanismus, u kterého dospějí k nejnižší hodnotě. Ten pak ohodnotí podle základní sazby. Smyslem je zamezit zneužívání systému DRG, kdy může docházet k umělému navyšování casemixu či záměrnému předvýběru pacientů, kteří jsou ekonomicky relativně výhodnější. Poměří se tedy změna vážnosti hospitalizovaných a změna počtu hospitalizovaných mezi

referenčním a hodnoceným obdobím. Současně se umožňuje snížit casemix poskytovatelů na 95% referenčního roku.

U úhrady formou případového paušálu se stanoví hodnota jednotky produkce prostřednictvím základní sazby v navrhovaném období. Tato jednotka se skládá z technické základní sazby, která vychází z průměrných hodnot modelovaných pro celý systém veřejného zdravotního pojištění a z individuální základní sazby, která vychází z referenční individuální sazby (tzn. z roku 2011), a dále z tzv. „finální individuální základní sazby“. Navrhovaná úprava dále stanoví, jakým poměrem se tyto sazby zohlední (tedy jaký tzv. přibližovací koeficient bude použit) a dále koeficient sblížení individuálních základních sazeb.

Technická základní sazba se pro rok 2013 stanovuje na 29 500 Kč. Tato hodnota se vůči roku 2012 nemění a zajišťuje se tak zvýšení stability systému ve smyslu narovnání historických nerovností v individuálních sazbách. Její hodnota vychází z nákladových kalkulací v rámci celého systému a limitně se blíží průměrné základní sazbě v České republice.

Individuální základní sazba se rovná individuální základní sazbě daného poskytovatele a dané pojišťovny z referenčního období, tedy z roku 2011.

Ministerstvo zdravotnictví předkládá do připomínkového řízení variantu, která vytváří tlak na zdravotní pojišťovny a poskytovatele, aby dospěly k dohodě mezi sebou navzájem. Pokud k této dohodě nedojde, stanoví vyšší hodnotu přibližovacího koeficientu, který je pak platný pro všechny. Dle prvního způsobu, kde je nutná dohoda všech pojišťoven, se přibližovací koeficient zvyšuje na hodnotu 30%. To znamená, že se v celkové jednotkové ceně daného poskytovatele zdravotních služeb zobrazí hodnota technické základní sazby ve výši 30%. Zbýlých 70% se vypočte na základě sblížení individuálních základních sazeb mezi jednotlivými pojišťovnami. Tzv. „finální individuální sazba“ se rovná součtu 20% průměrné individuální základní sazby, která se spočítá jako průměrná individuální sazba všech zdravotních pojišťoven v roce 2011 (vážená produkcí těchto pojišťoven), a 80% individuální základní sazby. Základní sazba se potom vypočítá jako součet „finální individuální sazby“ násobené koeficientem 0,7 a technické základní sazby násobené koeficientem 0,3. Tímto způsobem dochází k přiblížení základních sazeb mezi poskytovateli, základních sazeb mezi různými zdravotními pojišťovnami pro každého poskytovatele a současně je částečně zachována historická výše ceny jednotky produkce. Tento způsob výpočtu tak narovnává historické rozdíly v individuálních sazbách z obou stran, jak ze strany poskytovatelů tak pojišťoven. Přináší tak větší spravedlnost v úhradách zdravotní péče. Přibližování plateb mezi

pojišťovnami navíc není založeno výhradně na centrálně stanovené základní sazbě, ale částečně i na průměru mezi pojišťovnami. Zde se vychází z reálných úhrad a závisí na zdravotních pojišťovnách a poskytovateli, zda projeví ochotu k dohodě. V případě nedohody lze odůvodněně předpokládat, že alternativní možnost je pro obě strany ještě méně ekonomicky výhodnější.

Výpočet nutí pojišťovny a poskytovatele k využívání systému DRG (případového paušálu) i jeho jednotlivých aspektů (např. zkvalitnění práce s daty pro lepší a důslednější monitorování produkce), což nepřímo povede k efektivnějšímu hospodaření skrze lepší znalost vlastní produkce a nákladů. Pro výpočty průměrných sazeb je navíc vyžadována spolupráce pojišťoven a nemocnic, což opět posílí kontrolu hospodaření jednotlivých subjektů.

V případě nedohody platí druhý způsob výpočtu základní sazby, kdy se přibližovací koeficient zvyšuje na hodnotu 50%. To znamená, že se v celkové jednotkové ceně daného poskytovatele zdravotních služeb zobrazí hodnota technické základní sazby ve výši 50%. Zbýlých 50% se vypočte na základě individuální základní sazby. Základní sazba se tedy vypočítá jako součet individuální základní sazby násobené číslem 0,5 a technické základní sazby násobené číslem 0,5. Lze očekávat, že tak dojde ke sblížení sazeb mezi jednotlivými pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Konkrétně lze očekávat, že pokud byla základní sazba některé zdravotní pojišťovny vyšší, než je technická základní sazba, dojde k jejímu snížení. Pokud byla základní sazba jiné zdravotní pojišťovny pro daného poskytovatele nižší, této technické sazbě se přiblíží a základní sazba se zvýší.

Ministerstvo zdravotnictví jako regulační orgán stanovilo tuto variantu úhradové vyhlášky, vzhledem k motivacím ke kultivaci systému a práci s daty všemi subjekty zdravotního systému. Varianta nabízí narovnání sazeb pomocí reálných dat, která přesněji popisují náklady a příjmy systému než umělá technická základní sazba, která však pomáhá výslednou sazbu „zakotvit“ na určité hodnotě. Navrhovaná vyhláška tímto způsobem nutí poskytovatele zdravotních služeb a pojišťovny k přesnější práci s daty a také ke vzájemné spolupráci, protože poskytovatelé budou nuceni k výpočtům individuálních sazeb za všechny pojišťovny, se kterými mají uzavřené smlouvy. Ve výsledku by jednotlivé subjekty zdravotního systému měli být vedeni k lepšímu hospodaření s finančními prostředky a tím pádem ke zkvalitňování zdravotní péče.

V zájmu stability finanční situace poskytovatelů i systému veřejného zdravotního pojištění podléhá celková úhrada formou případového paušálu následujícím regulacím (tzv.

risk-koridor). Celková úhrada poskytovateli zdravotních služeb tímto způsobem dosáhne nejvýše 107% úhrady redukováného casemixu násobeného základní sazbou referenčního období. Zároveň celková úhrada poskytovateli zdravotních služeb formou případového paušálu dosáhne nejméně 102% redukováného casemixu násobeného základní sazbou referenčního období. V případě nenaplnění jedné z těchto dvou podmínek se pro výpočet celkové úhrady aplikují mezní hodnoty risk-koridoru (minimální nárůst na 102% a maximální nárůst na 107%).

Oproti případovému paušálu v roce 2012 je z úhrady případovým paušálem vyčleněna zdravotní péče, která se týká péče o nemocné s diagnózou hemofilie. Péče o tuto skupinu nemocných, kterou lze identifikovat pomocí seznamu léčivých přípravků používaných výhradně na léčbu tohoto onemocnění, byla vyjmuta z výpočtu pomocí případového paušálu a není tedy v kalkulaci případového paušálu zahrnuta ani zohledněna.

Regulační omezení v akutní lůžkové péči (pro úhradu formou případového paušálu), stejně jako ve vyhlášce platné pro rok 2012, zahrnují možnost zdravotní pojišťovny provést ve vymezeném případě kontrolu, které potvrdí nebo vyvrátí podezření na účelové kódování zdravotnického zařízení s tím, že zdravotní pojišťovna případně adekvátně sníží úhradu zdravotní péče.

V oblasti úhrad vyčleněných z úhrady formou případového paušálu dochází oproti vyhlášce platné pro rok 2012 k zásadním změnám. Pro malé množství ošetřených unikátních pojištěnců (50 a méně) neplatí pojišťovna poskytovateli redukovanou výši úhrady. Dále se zvyšuje limit, do kterého platí degrese úhrady, a to na 1,15 násobek limitu. Ministerstvo zde vychází z neschopnosti mechanismu případového paušálu postihnout specifické okruhy péče, ať už pro jejich ekonomickou či klinickou nehomogenitu či pro příliš malý vzorek léčených pacientů. Ministerstvo zde zároveň vychází vstříc poskytovatelům zdravotních služeb, kteří odkazují na tyto nedokonalosti systému DRG. Oba návrhy mají za cíl umožnit léčbu těžce nemocných pacientů v situaci léčby řádu jednotek pacientů, z nichž léčba každého z nich může být finančně velice náročná. Navýšení úhrady skupin vyčleněných z úhrady formou případového paušálu je jedním z těch míst, kde i přes celkový restriktivní charakter navrhované vyhlášky dochází k navýšení úhrady. Ministerstvo zde předkládá návrh založený na zvýšené míře solidarity zdravých s nejvíce nemocnými. Úhrada tohoto druhu péče nadále probíhá podle seznamu výkonů.

Vzhledem k nutnosti vytvoření přechodového období, než bude moci být uplatněna zcela shodná výše úhrady pro ambulantní péči v lůžkových zařízeních jako pro péči poskytovanou nelůžkovými ambulantními zařízeními, bude ambulantní složka úhrady lůžkových poskytovatelů zdravotních služeb stejně jako v několika předchozích letech opět obsahovat dolní risk koridor. Ten stanoví maximální pokles úhrady na 94 % úhrady roku 2011. Ambulantní péče v těchto zařízeních však budou kalkulována stejně jako ambulantní sektor mimo lůžkové poskytovatele. Dolní risk koridor je zaváděn s cílem neohrozit finanční stabilitu těch poskytovatelů, u kterých došlo vlivem historického vývoje ve střídání úhradových mechanismů k nárůstu hodnoty bodu. Návrh úhrady ambulantní péče předpokládá hrazení podle seznamu výkonů. Mění se navíc hodnota bodu pro nasmlouvaný výkon ústavní pohotovostní služby (výkon číslo 09563), a to na hodnotu 1 Kč.

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka) bude v roce 2013 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace, a to ve výši 100 % této sazby v roce 2011. Hodnota bodu pro úhradu zvláštní ambulantní péče je stejná jako v úhradě na rok 2012, a to 0,95 Kč. Limit úhrady zvláštní ambulantní péče poskytované ve zdravotnických zařízeních osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů, po jehož překročení je zdravotní péče hrazena degresní hodnotou bodu, zůstává stejný, a to 100 %. Limit regulačních omezení na předepsané léky a zdravotnické prostředky zůstává pro akutní i následnou lůžkovou zdravotní péči na úrovni 98 % roku 2011.

Pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost se podmínky kapitačních i dalších plateb a limity pro uplatnění regulačních opatření nemění. Výsledná úprava vychází z dohody v rámci dohodovacího řízení (byť ex post zpochybněné segmentem praktických lékařů pro děti a dorost), v níž byla navýšena hodnota bodu za preventivní prohlídky a výkony očkování. Pro výkony 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032 a výkony očkování 02125 a 02130 se stanoví hodnota bodu na úroveň 1,10 Kč. V segmentu praktických lékařů nadále zůstává zachován regulační limit na předepsané léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči, a to ve výši 120 % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky.

Pro specializovanou ambulantní zdravotní péči poskytovanou v ambulantních zdravotnických zařízeních hrazenou podle seznamu výkonů se snižuje hodnota bodu na 0,90 Kč pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči. Hodnota bodu pro nasmlouvaný

výkon 18550, podle seznamu výkonů, se snižuje na 0,70 Kč. Možná srážka při překročení limitu se zvyšuje ze 40 % na 50 % částky, o níž celková úhrada za uvedené zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, čímž jsou poskytovatelé motivováni k větší efektivitě v nakládání s finančními prostředky.

U sektoru ambulantních služeb se snižuje hranice pro uplatnění snížené hodnoty bodu ze 100 % na 98 % referenčního období, stejně jako v segmentu komplementu, kde v zájmu regulace nadprodukce došlo ke stejnému snížení limitu objemu bodů, do kterého platí nesnížené hodnoty bodu. Nad uvedené opatření došlo ke zpřesnění referenčního období dvěma způsoby. Jednak je pro účely výpočtu úhrady hodnoceného období navrhováno vycházet pouze z bodů, které nebyly uhrazeny ve snížené hodnotě, s cílem snížit kontinuální rozšiřování referenčního objemu úhrad neodpovídající finančním možnostem ani výhledu české ekonomiky. Dále je navrhováno stanovit pro ambulantní sféru jako referenční období rok 2011 a nahradit tak systém příslušných pololetí. Tato změna je navrhována i pro všechny další segmenty (celkově tedy přílohy 3, 5, 6 a 7 v návrhu) s cílem sjednotit stav úpravy.

V segmentu ambulantních laboratorních a radiodiagnostických služeb jsou navrhovány následující změny:

- u výkonů mamografického screeningu a screeningu kolorektálního karcinomu ke snížení hodnoty bodu na 1 Kč,
- u výkonu screeningu děložního hrdla, podle seznamu výkonů, je navrhována hodnota bodu 0,7 Kč,
- v odbornosti radiologie jsou navrhovány parametry totožné s těmi platnými pro rok 2012,
- odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 812 až 815, 818, 819 a 822 dochází ke snížení hodnoty bodu na 0,55 Kč a v odbornostech 807, 816, 817 a 823 na 0,40 Kč, v obou případech však platí, že pokud poskytovatel poskytuje služby v minimálně 4 autorských odbornostech, dochází k navýšení hodnoty bodu o 27%

V segmentu dopravní zdravotní služby se zavádí hodnota bodu ve výši 1,23 Kč pro výkony poskytnuté a vykázané v krajském městě a Praze poskytovatelem poskytujícím zdravotnickou dopravní službu v nepřetržitém provozu. Ostatní hodnoty bodu zůstávají nezměněny.

V segmentu domácích zdravotních služeb dochází k nárůstu možného objemu úhrad na 105% z důvodu dlouhodobého trendu přesunu pacientů z akutní a následné péče do ošetřování v domácnostech pacientů.

U dalších segmentů nedochází k jiným změnám oproti roku 2012 kromě zastropování výše objemu úhrad na uvedených 98 % referenčního období.

Nulová varianta

Další logicky vyplývající alternativa je tzv. nulová varianta, která znamená, že by nebyly na rok 2013 stanoveny hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení a úhrada zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění by nemohla být objektivizována, posouzena z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a stanovena zákonem předepsanou formou. Došlo by k porušení ustanovení § 17 odst. 5 zákona, podle kterého je ministerstvo příslušnou vyhlášku povinno vydat. Parametry úhrad zdravotní péče by současně nebyly nastaveny tak, aby reagovaly na předpokládané změny v objemu disponibilních prostředků systému veřejného zdravotního pojištění a nedošlo by současně ke změnám ve veřejném zájmu. Pokud by nebyla vyhláška vydána, bylo by možné hradit poskytnuté zdravotní služby pouze na základě smlouvy poskytovatele se zdravotní pojišťovnou. Nikdo by tím pádem nereguloval náklady a takto nasmlouvaná péče by mohla přesáhnout finanční možnosti systému.

3 Vyhodnocení nákladů a přínosů

3.1 Identifikace nákladů a přínosů

V následující části budou identifikovány náklady a přínosy spojené s realizační variantou vydáním vyhlášky. Vyhláška vytváří tlak na poskytovatele, aby zefektivnili svou práci. Na druhou stranu vyhláška vytvoří rovnováhu mezi příjmy a výdaji zdravotních pojišťoven. Vyhláška tak cílí k vyrovnanému rozpočtu zdravotního systému a efektivnímu poskytování zdravotní péče. Na druhou stranu však tato vyhláška umožňuje nárůst úhrad v případě péče ve specializovaných centrech a v domácím prostředí pacientů.

3.2 Náklady

Zásadní náklady návrhu vyhlášky představují regulační opatření dopadající na poskytovatele zdravotních služeb snížením úhrady oproti referenčnímu období a pro část poskytovatelů i snížením jednoho z parametrů úhrady skrze případový paušál, tzv. základní sazby (toto snížení bude, dle předpokladů ministerstva, kompenzováno částečným navýšením základní sazby u jiné části poskytovatelů). Cílem vyhlášky je nicméně zajistit, aby oproti minulým letům docházelo na úrovni celého systému ke snižování nákladů, a tím bylo dosaženo vyrovnaných rozpočtů. Na základě modelace dle odhadů Ministerstva financí lze oproti roku 2012 očekávat nominální snížení příjmů zdravotnictví o 1,4 % na 220,7 mld. Kč (bez vlivu přerozdělení), což je hlavní motivací pro snahu o snížení nákladů. Modelace nastavení úhradové vyhlášky vychází finančně neutrální vzhledem k plánovaným příjmům veřejného zdravotního pojištění, v realitě se však reálná výše úhrad poskytovatelům zdravotních služeb může zvýšit v důsledku exogenních vlivů, které nejsou v kompetenci Ministerstva zdravotnictví nebo navrhované vyhlášky.

Jedním mechanismem, vedoucím ke snížení nákladů, by měl být větší tlak na efektivitu poskytovatelů lůžkové péče skrze úhradový systém formou případového paušálu. Větší efektivita přinese významné úspory na straně plátce – tedy pojišťoven. Dalším mechanismem je restriktivní charakter vyhlášky projevující se v limitaci úhrad ve výši 98 % objemu referenčního období, tj. roku 2011, s výraznou degresí nad tento objem a dále zohlednění změny poměru pojištěnců mezi lety 2011 a 2013 (referenční a hodnocené období). Třetím aspektem vyhlášky, který přispěje ke snižování nákladů, je sblížení základních sazeb používaných při úhradě pomocí případového paušálu, kdy historicky nastavené sazby neodpovídají skutečným nákladům zdravotnických zařízení.

Nutnost snižování nákladů je také podtržena faktem, že zvyšování výběru plateb za státní pojištěnce nebo plošné navýšení pojistného nebylo uznáno jako možná varianta zvýšení příjmů v systému.

3.3 Přínosy

Vydáním vyhlášky bude splněna zákonná povinnost – bude zajištěno odpovídající stanovení úhrad v systému veřejného zdravotního pojištění s ohledem na současnou ekonomickou situaci. Přínosy návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2013 vycházejí z pokračování trendu vytvoření jasné vazby mezi potřebnou péčí poskytovanou jednotlivým pacientům a výší úhrad na základě jejich reálných nákladů. Vytvořením podnětů pro racionalizaci objemu péče a nákladů dojde ke zvýšení efektivity celého systému veřejného

zdravotního pojištění. Současně se odděluje financování nesouvisejících typů péče, jejíž hodnota je počítána stejně ve všech typech poskytovatelů (např. ambulantní péče v rámci lůžkových zařízení). V souvislosti se špatným finančním stavem systému (zejména značnou nerovnováhou příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven v roce 2012 a nízkou efektivitou poskytované péče) bude při dodržení návrhů ve vyhlášce dosaženo vyrovnání příjmů a výdajů. V důsledku externích vlivů (zvyšování cen vstupů, DPH, inflace, mezd a platů) však de facto dojde ve vztahu k roku 2012 k reálnému snížení úhrad zdravotních pojišťoven.

Díky motivacím, které vyhláška pro jednotlivé subjekty zdravotní péče poskytuje, tzn. zejména vyšší efektivita a limitace nadprodukce, dojde k vyrovnání příjmů a výdajů systému, což stabilizuje systém, aniž by došlo k navyšování pojistného nebo plateb za státní pojištění. Navíc vyhláška podporuje nadále úhradu formou případového paušálu, která ve svém principu odrazuje nemocnice od nadprodukce a provádění výkonů, jež nejsou pro pacienty nezbytné.

3.4 Vyhodnocení nákladů a přínosů variant

Nulová varianta vyhlášky představuje nejvyšší náhrady, protože nevydáním vyhlášky dochází k neregulování zdravotního systému a tím pádem k vysokému nebezpečí přílišných nákladů, které nebudou kryty příjmy systému. Proto Ministerstvo zdravotnictví předkládá variantu vyhlášky, která reflektuje ekonomicky nepříznivý stav systému veřejného zdravotního pojištění. Ve smyslu porovnání nákladů a přínosů, budou přínosy převažovat nad náklady, protože náklady související s vydáním vyhlášky, zmíněné výše, budou vykompenzovány úspory v nákladech vycházejících z restriktivnější formy stanovení úhrad a ze sblížení základních sazeb. Ačkoli zvýšený tlak na efektivitu poskytování zdravotních služeb bude jistě spojen na lokální úrovni s dočasně zvýšenými náklady na optimalizaci služeb, výsledkem návrhu vyhlášky by měly být docílené úspory, jež jsou jejím největším přínosem.

Cílem je, ve zkratce, dosáhnout vyrovnání příjmů a výdajů ve zdravotním systému ČR v následujícím roce a tím dosáhnout vyšší a udržitelné stability.

Nevydáním této úhradové vyhlášky by v systému veřejného zdravotnictví nebylo jasné stanovení jakým způsobem a na jaké výši úhrad se poskytovatelé zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny mají dohodnout, přičemž bez stanovení výše úhrad by nikdo nereguloval náklady nasmlouvané zdravotní péče. To by mohlo vést nejen k vysokým nákladům, ale i naopak k neposkytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a ohrožení životů občanů České republiky.

4 Návrh řešení

4.1 Stanovení pořadí variant a výběr nejvhodnějšího řešení

Vzhledem k zákonné povinnosti nepřichází nulová varianta v úvahu (varianta nevydání vyhlášky). Ministerstvo zdravotnictví jako regulační orgán proto preferuje realizační variantu, i vzhledem k motivacím ke kultivaci systému. Navrhovaná varianta stanovení základní sazby v rámci akutní lůžkové péče nabízí narovnání sazeb mezi pojišťovny pomocí reálných dat, která přesněji popisují náklady a příjmy systému než umělá technická základní sazba. I ta však pomáhá výslednou základní sazbu „zakotvit“ na určité hodnotě, pokud nedojde mezi poskytovateli a plátcí k dohodě. Preferovaná varianta tímto způsobem nutí poskytovatele zdravotní péče a pojišťovny k monitorování produkce, analýzám efektivity a přesnější práci s daty a také ke vzájemné spolupráci, protože poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb budou nuceny k výpočtům individuálních sazeb za všechny pojišťovny, se kterými mají uzavřené smlouvy. Ve výsledku by jednotlivé subjekty zdravotního systému měly být motivovány k lepšímu hospodaření s finančními prostředky a tím pádem ke zkvalitňování zdravotní péče.

5 Implementace doporučené varianty a vynuovení

Za implementaci regulace budou odpovídat zdravotní pojišťovny, jako subjekty provádějící v ČR zdravotní pojištění. V daném případě půjde o činnosti, které jsou zdravotními pojišťovny již prováděny. Přezkum účinnosti navržených legislativních opatření provádí Ministerstvo zdravotnictví v rámci své kontrolní činnosti, v součinnosti s Ministerstvem financí, popř. prostřednictvím zástupců státu ve statutárních orgánech zdravotních pojišťoven.

6 Přezkum účinnosti regulace

Správnost uplatňování navržené právní úpravy nebude – a z definice nemůže být – průběžně sledována. Vyhláška, jejíž návrh je předkládán dle zmocnění zákona č. 48/1997 Sb., se použije jen a pouze v tom případě, pokud se příslušný poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna, za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny, nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak. Jakékoliv její

neuplatňování v praxi je tudíž výsledkem předpokladu cíleně vytvořeným zákonem. Bude se však sledovat, jaký vliv má daná regulace na systém a jednotlivé dotčené subjekty.

7 Konzultace a zdroje dat

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení podle § 17 odst. 5 zákona mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb jako zástupců smluvních poskytovatelů. Z jednání tohoto dohodovacího řízení vplynuly představy jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven o řešení dané problematiky, které ministerstvo posoudilo z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a navrhlo řešení. Ohledně problematiky hrazení centových léků vychází předkládaný návrh v této oblasti z kompromisního výsledku řady jednání zdravotních pojišťoven a asociace nemocnic, která se uskutečnila nad rámec dohodovacích procesů. Vyhláška proto v mnohém reflektuje připomínky poskytovatelů ohledně technických detailů úhrad (např. úhrada hemofilie), které dále precizuje.

Ministerstvo zdravotnictví si průběžně vytváří modelace příjmů celého systému veřejného zdravotního pojištění na základě údajů Ministerstva financí, dále získává čtvrtletně informace o hospodaření zdravotních pojišťoven. Dalším tradičním podkladem jsou údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Specificky pro tento rok byly zdravotní pojišťovny vyzvány k poskytnutí údajů o objemu a struktuře úhrad poskytovatelům lůžkové péče podle jednotné metodiky. Tyto údaje byly analyzovány s informacemi o technických aspektech úhrady pomocí případového paušálu. Současně Ministerstvo zdravotnictví požádalo o spolupráci vybrané poskytovatele zdravotních služeb.

V průběhu podzimu 2012 probíhala intenzivní jednání se všemi zainteresovanými partnery, tato vyhláška byla prezentována na mnoha diskusních fórech a v médiích.

8 Kontakt na zpracovatele RIA

Osoba, která zpracovala závěrečnou zprávu RIA: Ondřej Roztomilý, M.Litt., vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění, Mgr. Tomáš Roubal, Analytik Kabinetu ministra

Osoba, která zprávu schválila: ing. Helena Rögnerová, ředitelka odboru Dohledu nad zdravotním pojištěním

Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy se zákonem, s mezinárodními smlouvami a s právem Evropské unie

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, k jehož provedení je navržena, a se zákonným zmocněním k jejímu vydání (§ 17 odst. 5 zákona).

Navrhovaná úprava není řešena žádnou mezinárodní smlouvou a ani s právem Evropské unie. Návrh vyhlášky zahrnuje i úhrady týkající se zahraničních pojištěnců a to v přílohách 1 až 8. Návrhem vyhlášky do právního řádu České republiky není implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Navrhovaná právní úprava nemá dopady v sociální oblasti, dopady na rovnost mužů a žen, ani na životní prostředí.