



Stanovisko

Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR k bodu 1.3. „Aktuální situace ve zdravotnictví“ na 106. PS RHSD ČR dne 3. prosince 2013

Již do roku 2013 nemocnice vstupovaly s vážnými problémy. V letech 2009 a 2010 byly úhrady od zdravotních pojišťoven v podstatě zmrazeny a při kumulované inflaci za tyto roky (2,5 %) došlo k poklesu reálných úhrad. Závazky nemocnic po lhůtě splatnosti v roce 2010 představovaly 3,5 mld. Kč.

Dle AČMN snížila úhradová vyhláška na rok 2011 úhrady nemocnic o 2 % v akutní i následné péči. Závazky nemocnic po lhůtě splatnosti se zvýšily na 3,75 mld. Kč.

Také úhradová vyhláška na rok 2012 snížila úhrady akutní lůžkové péče až na 98 – 99 %, ambulantní péče pod 90 %. **Při kumulované inflaci od roku 2010 (6,7 %) reálné úhrady se přiblížily 90 % roku 2010.** V roce 2012 byla zvýšena DPH, dopad do zvýšených nákladů nemocnic za rok 2012 a 2013 činí cca 6 mld. Kč. Závazky nemocnic po lhůtě splatnosti přesáhly 4 mld. Kč. Důsledkem bylo omezení obnovy investic, zejména přístrojového vybavení nemocnic, ale i běžné údržby a oprav. V regionálních nemocnicích nemohl být realizován závazek ministerstva zvýšit platy lékařů a sester, ve fakultních nemocnicích byl naplněn jen nominálně a mnohde došlo k opětovnému snížení platů.

Situaci nemocnic v roce 2013 zásadně ovlivnila úhradová vyhláška pro tento rok, která i podle současného hodnocení Ministerstva zdravotnictví byla velmi restriktivní. Jen u předběžných úhrad (záloh) došlo ke snížení o 10 – 15 %, což představuje dalších cca 6 mld. Kč.

Většina nemocnic se dostala do platební neschopnosti. Běžné je hrazení faktur řadu měsíců po splatnosti. Vede to ke zdražování cen zboží a služeb z důvodu pozdních plateb. Většina nemocnic je ve ztrátě, jsou zadluženy a provoz udržují čerpáním dalších úvěrů. Využívání úvěrů je stále nákladnější. **Závazky nemocnic po lhůtě splatnosti podle odhadu MZ dosáhnou v roce 2013 6,4 mld. Kč.** Pohledávky za nemocnicemi začaly být v některých regionech ve větším rozsahu skupovány společnostmi nejasného původu i záměrů.

Dle AČMN ČR začala být existence řady nemocnic ohrožena. Patří mezi ně zejména většina městských a řada soukromých nemocnic, jejichž zřizovatelé nemají prostředky na dotování jejich provozu. Ale i řada krajů se musela zadlužit, aby mohla pomoci jimi zřizovaným nemocnicím. Řádově lze konstatovat, že **zhruba jedna třetina nemocnic je ohrožena bezprostřední insolvenčí a to bez ohledu na jejich velikost, zřizovatele či region.** V závěrečných měsících letošního roku většina nemocnic vyčerpala limity regulační omezení stanovená úhradovou vyhláškou. Plánovaná péče byla již předtím omezena. Nyní byla postavena před rozhodnutí, zda omezit i akutní péči, nebo překročit limity a poskytovat další péči v závěru roku buď zdarma, nebo i za cenu srážek z úhrady za péči oproti vyhlášce navíc poskytnutou v roce 2013 při vyúčtování v roce 2014.

Nemocnice nakonec poskytují péči bez zásadních omezení s vědomím následků, jaké to bude mít při vyúčtování péče v roce 2014. Podstatně se však snížila kvalita poskytované péče. Pacientům se poskytují jen nejnnutnější a nejlevnější léky, neprovádí se vyšetření, která pro daný čas nejsou nezbytně nutná. Počty zdravotnického personálu se snížily na nezbytné minimum stanovené personální vyhláškou. **To může mít za následek nejen snížení úrovně zdravotnických služeb pacientům, ale představuje dosažení hranice bezpečnosti pacientů a hrozbu překročení této hranice v mimořádnějších situacích.**

Problémy jsou ale dle Asociace nemocnic ČR i často ne dostatečně zmiňované dlouhodobé a následné péče. Následná a dlouhodobá péče je ekonomicky uzavřena v nastavených úhradách jednotlivých typů OD. Základní výpočet těchto úhrad OD byl v rámci Seznamu výkonů připraven v původní formě v bodech již více než před dvaceti lety. Přestože proběhly určité kosmetické valorizace ve skutečnosti je dnešní nákladová realita (navíc všem těmto zařízením vnucená obligátně zvenčí) tak diametrálně odlišná, že v průběhu roku 2013 již většina poskytovatelů v tomto segmentu lůžkové péče musela snížit mzdy. Při tom lze lehce prokázat, že tyto mzdy se samozřejmě pohybují v daleko nižších úrovních, než v segmentu akutním. Tímto postupem se u nás vytváří jakési rozdělení zdravotní péči na elitní, tedy akutní a podřadné, tedy následná a dlouhodobá péče.

Celkový přehled zdravotnických zařízení-nemocnice:	60 336 lůžek¹
nemocnice následné péče	42 457 lůžek
odborné léčebné ústavy	21 672 lůžek
celkem:	64 129 lůžek

Vyhláškou 99/2012 byly nově stanoveny minimální počty pracovníků pro způsobilost výkonu určitého typu následné a dlouhodobé péče. Vloudila se chyba, která ale naprosto nelegitimně navýšila náklady na tuto péči, a to dokonce ve dvou případech. Jednak v rámci všeobecné následné péče byl počet předepsaných pracovníků absolutně navýšen o 2 a **v případě léčebně rehabilitační péče pro pacienty s vyšší ošetrovatelskou náročností dokonce o více než 10**. Vyhláška č. 99/2012 Sb. nabyla platnost v letošním roce. Vyhláškou úhradovou pro rok 2013 byla ovšem úhrada ještě více snížena, bez povšimnutí toho, co bylo již nařízeno. Jediná nevýznamná úprava proběhla jen pro poskytovatele psychiatrické léčebné péče neakutní. Z analýz samotného MZ je doložitelné, že úhrada pro poskytovatele této péče v posledních 5 ti letech doložitelně stagnovala a dokonce klesla. Tento typ péče je obecně nejpodceňovanější a také nejméně programově řešený segment v lůžkové péči i ve zdravotní péči obecně.

Stanovisko KZPS ČR k podmínkám úhrady zdravotní péče v r. 2014

Příjmy zdravotních pojišťoven

Návrh úhradové vyhlášky na r. 2014 vychází z nadhodnocených predikcí, pokud jde o příjmovou stránku veřejných zdravotních pojišťoven. Podle údajů Ministerstva zdravotnictví se v roce 2014 počítá s nárůstem zdrojů zdravotního pojištění přes 10 mld. Kč. Na straně příjmů nelze počítat s nárůstem výběru pojistného o 6 mld. Kč, jak vyplývá z ministerského návrhu.

V důvodové zprávě navrhovatel připomínkovaného materiálu počítá také s příjmy systému v.z.p. navýšenými o zvýšení plateb za státní pojištěnce v celkové výši 4,7 mld. Kč. Meziroční růst platby

¹ Zdravotnická ročenka České republiky 2011, str. 122, 123

za státní pojištěnce není 4,7 mld. Kč, neboť státní platba byla navýšena již od letošního roku, což činilo za listopad a prosinec 800 mil. Kč, takže meziroční růst je 3,9 mld. Kč. Navrhovatel tedy i v této složce nevychází ze správných předpokladů.

Dle našich předpokladů tedy bude činit meziroční růst příjmů celého veřejného zdravotního pojištění v příštím roce 6 mld. Kč a ne uváděných 10,5 mld. Kč. Tomuto závěru je také třeba přizpůsobit celé vyznění návrhu vyhlášky.

Akutní lůžková péče

Návrh Vyhlášky je opět složitější než v minulých letech a obsahuje množství neověřitelných koeficientů a kalkulací. Úhrada za akutní lůžkovou péči, která by měla být hrazena platbou za případ, nevychází z podkladů zpracovaných Národním referenčním centrem, které je pověřeno kultivací tohoto systému. Rovněž použité koeficienty nárůstu počtu pojištěnců u jednotlivých pojišťoven neodpovídají skutečnosti. V této souvislosti upozorňujeme na principy vyjádřené v nálezu Ústavního soudu Pl. ÚS 13/19, s kterými mají být úhradové vyhlášky, počínaje rokem 2014, v souladu. Zde jsme konkrétně přesvědčeni, že dochází opět k porušování **principu předvídatelnosti**, když vzorec pro výpočet obsahuje i údaje za daný rok, přestože tyto údaje nemohou být poskytovateli v průběhu tohoto roku známy.

Není pravdou, že na základě tohoto návrhu dojde ke sblížení základní sazby u nemocnic, pouze některým zařízením budou základní sazby stoupat nepřiměřeně vysoko a jiným nemocnic naopak klesat. To považujeme za **rozporné s principem rovnosti**, který byl rovněž v cit. nálezu Ústavního soudu akcentován. Máme za to, že princip rovnosti nelze zužovat pouze na v nálezu citované příklady, ale je principem, kterým se musí řídit celá vyhláška. Máme rovněž za to, že nadměrné a neodůvodněné úhrady z veřejných zdrojů, jímž beze sporu fond veřejného zdravotního pojištění je, mohou představovat porušení principů oprávněné veřejné podpory, jak byly formulovány judikaturou ESD, zejména s principem transparentnosti a adresnosti veřejné podpory. Pokud jsou případy některých pracovišť spadající do jedné skupiny oprávněně dražší, je nutné přehodnotit tyto skupiny. Pokud se prostřednictvím těchto plateb hradí jiné činnosti, je nutné je hradit přímo a nezastřeně. V této souvislosti dodáváme, že předpokládáme, že předkladatel bude respektovat princip rovnosti i při hrazení neodkladné péče nesmluvním zařízením i při vydání cenového předpisu.²

Situace nemocnic v roce 2014 bude zásadně ovlivňována úhradami stanovenými pro rok 2014 novou úhradovou vyhláškou, dopady úhradové vyhlášky pro rok 2013 při vyúčtování v roce 2014, působením zvýšené DPH, zrušením regulačních poplatků a nově dopadem devalvace koruny provedené ČNB.

Z této částky má být podle stejných údajů MZ dáno na zvýšení úhrad nemocnicím 4,2 mld. Kč. Podíl nemocnic na úhradách ze zdravotního pojištění dosahuje zhruba 50%. Není pravdivé tvrzení Ministerstva zdravotnictví, že úhradovou vyhláškou budou preferovány především nemocnice, podíl navýšení úhrad pro nemocnice bude menší, než jejich podíl na celkových úhradách.

² Dle názoru VZP postupovalo Ministerstvo zdravotnictví, jakožto předkladatel úhradové vyhlášky v mezích všech schopností tak, že respektovalo nález Ústavního soudu, jak byl vyneseno. V tomto smyslu tedy lze konstatovat, že v rámci těchto podmínek předkladatel toto zadání splnil a dává nyní možnost a časový prostor k diskuzím nad systémovějšími změnami pro futuro. Při jakémkoliv dalším rozboru je také nutné brát v potaz, že systém veřejného zdravotního pojištění má jasně definované své zdroje, které jsou jednoznačně kvantifikovatelné a jímž musí odpovídat i jeho výdaje – pokud by tomu tak nebylo, velice rychle by došlo k jeho kolapsu. Hrozba tohoto nebezpečí se zřetelně projevuje již nyní, jak ostatně konstatují všechny zúčastněné strany.

Zvýšení úhrad nemocnic o 4,2 mld. Kč nebude kompenzovat ani dopady zvýšení DPH za předchozí období (6 mld. Kč). Naopak, dopad zvýšené DPH bude působit i v roce 2014 a lze jej odhadovat na zvýšení nákladů o další nejméně 3,8 mld. Kč.

Protože nebyl vyslyšen požadavek nemocnic na novelizaci úhradové vyhlášky pro rok 2013, budou její regulace působit dál a u většiny nemocnic v průběhu roku 2014 povedou ke srážkám z již zaplacených úhrad za překročení limitů a regulací roku 2013. Snížení úhrad je odhadováno o 5-10 %, což u sankcionovaných nemocnic více než eliminuje i teoretické navýšení vyhláškou pro rok 2014.

I kdyby zrušené nemocniční poplatky byly ve snížené výši zavedeny již od března 2014, bude dopad jejich výpadku a snížení představovat v akutní péči nejméně 1 % a v následné péči nejméně 6 %.

Zrušení regulačních poplatků pocítí kromě akutní lůžkové i jiné segmenty zdravotnictví. Tyto skutečnosti budou mít do úhrad zdravotní péče vliv i v roce 2014, a že „kompenzační“ smysl navýšení platby za státní pojištěnce nebude mít dostatečný efekt.

ČNB provedené měnové operace devalvovaly korunu cca o 5 %. Cca 40 % nákupů nemocnic (léky, zdravotnické prostředky, přístroje, materiál) je z dovozu. Devalvace znamená zvýšení nákladů nemocnic o další nejméně 2 %.

Hlavní finanční dopady na nemocnice v letech 2013 a 2014 v mld. Kč

	2013	2014
zvýšení DPH	- 6 (včetně 2012)	- 3,8
restrikce úhradové vyhlášky 2013	- 6	
očekávané srážky z úhrad za překročení limitů v roce 2013		- 1
výpadek regulačních poplatků		- 1
devalvace koruny		- 2
navýšení úhrad		+4,2
	- 12	- 3,6
<u>Kumulovaně</u>		<u>- 15,6</u>

Je zřejmé, že kumulovaný propad nemocnic 15,6 mld. Kč jen za roky 2012 - 2014 nemůže navýšení úhrad nemocnicím o pouhých 4,2 mld. Kč nejen řešit, ale ani podstatně zmírnit, navíc v situaci, kdy analýza návrhu úhradové vyhlášky na rok 2014 ukazuje, že navýšení 4,2 mld. Kč pro všechny nemocnice úhradový mechanismus obsažený v návrhu vyhlášky rozděluje velice nerovnoměrně.

Podle propočtů AČMN většina menších a dokonce i okresních nemocnic nedosáhne ani 97 % úhrady roku 2012 (dolní risk koridor uvedený v návrhu vyhlášky). Příčinou je nastavení koeficientu specializované péče, který je velice nízký pro diagnózy poskytované regionálními nemocnicemi. V důsledku toho naprostá většina navýšení úhrad přijde do fakultních a velkých krajských nemocnic. Regionální nemocnice se dostanou pod úhradu roku 2013 a v některých případech i pod úhradu roku 2012. Pokles pod uvedený 97 % risk koridor způsobí v řadě krajů stanovený koeficient přesunu pojištěnců, kterým minimální stanovená úhrada 97 % roku 2012 bude ještě snížena o 2 – 4 %.

Za této situace již existující propad především regionálních nemocnic (krajských, městských, soukromých a církevních) a ohrožující prostou existenci řady z nich nebude řešen. V daných souvislostech neméně restriktivní vyhláška pro rok 2014, jako byla vyhláška pro rok 2013, povede k zániku nejméně 1/3 těchto nemocnic a v podstatě k živelné destrukci regionální sítě nemocnic.

Zde opět odkazujeme na cit. nález Ústavního soudu, jelikož jsme přesvědčeni, že ekonomická situace nemocnic již narušuje realizaci ústavního práva na zdravotní péči podle čl. 31 Listiny: „*Prostor pro zásah Ústavního soudu tak v zásadě může vzniknout i tehdy, pokud by se tyto orgány při výkonu své normotvorné pravomoci nezabývaly okolnostmi, které by mohly mít dopad z hlediska práva na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny, mezi něž nárůst nákladů na poskytování zdravotních služeb nepochybně patří.*“

Lékárny

Vzhledem k dlouhodobé deflaci cen léčiv hrazených z veřejného zdravotního pojištění, která probíhá podle zákona o veřejném zdravotním pojištění v posledních letech (jedná se o tzv. revize cen a úhrad dle SÚKL), je nezbytné zastavit pokles příjmů veřejných lékáren a stabilizovat ekonomiku jejich provozu, které mají svou činnost založenou na výdeji léků na recept. Dále se předpokládá v roce 2014 další pokles příjmů veřejných lékáren v důsledku hloubkových revizí cen a úhrad. Dalším faktorem, který se projeví zásadním snížením příjmů veřejných lékáren, je předpokládané zrušení regulačního poplatku za recept, který byl součástí kalkulace příjmů lékáren, a ze kterého se např. dorovnávalo zvýšení DPH na léky v letech 2008 až 2011. V případě zrušení regulačních poplatků je tedy nutné řešit, resp. kompenzovat tento finanční výpadek např. zvýšením degresivní obchodní příirážky nebo doplněním této příirážky o tzv. dispenzační poplatek za výdej léků na recept.

Dle VZP ČR je příčinou poklesu úhrad části regionálních nemocnic, které nedosáhli 97 % úhrad roku 2012, výrazně vyšší hodnota sazby DRG ve srovnání s podobnými zařízeními a vyšší základní sazba v porovnání se základní technickou sazbou r. 2012. V předchozích letech existovaly rozdíly v úhradách za stejnou péči (viz přibližovací koeficient Kp), nově nastavený mechanismus tuto disproporci odstraňuje a za stejný typ péče se úhrady sjednocují, což shledáváme jako zohlednění principu rovnosti oproti výše uvedenému názoru.

VZP ČR uvádí, že dle modelací (predikován byl celý systém) však přesto většina dosáhne nemocnic tj. 136 z celkového počtu 149 vyšší úhrady oproti roku 2013. Pouze 13 nemocnic bude mít úhrady nižší oproti roku 2013.

Závěry:

Úhradová vyhláška pro rok 2014 pokračuje v trendu podfinancování nemocniční péče, a to nerovnoměrně s dopadem zejména na malé nemocnice. Nemocnice jsou již přitom na pokraji svých rezerv a možností; důsledkem – a otázkou je, zda zamýšleným – bude tedy zánik některých těchto nemocnic. K redukci nemocniční sítě, ke které politická reprezentace nepřistoupila přímo, má tak zřejmě dojít nepřímo, „přirozeně“, prostřednictvím ekonomické reality. **Zrušení těchto nemocnic přitom není alternativou a nepřinese žádné úspory.** K redukci sítě by došlo selektivně pouze u těch nemocnic, které dosud **poskytují péči nejlevněji**, a nezbytná péče by se přesunula do dražších nemocnic. Centralizací nemocniční péče by naopak došlo ke zvýšení nákladů, v draze technicky i personálně vybavených nemocnicích by se poskytovala péče, kterou lze poskytnout daleko levněji.³

Na základě diagnóz, které poskytují malé a střední nemocnice s nejnižším nebo nízkým koeficientem specializace, lze na základě návrhu úhradové vyhlášky provést přesný propočet, o kolik by se náklady na nemocniční péči zvýšily, pokud by těmto diagnózám byl přiřazen koeficient specializace odpovídající vysoce vybaveným nemocnicím s odpovídající provozní režii. Pokud odpovědné orgány neakceptují zásadní omezení sítě regionálních nemocnic, jsou nezbytná pro rok 2014 minimálně následující opatření:

- další zvýšení platby za státní pojištěnce v rozsahu nejméně 10 mld. Kč
- úprava návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2014 (viz dále)
- snížení DPH na léky, zdravotnické prostředky a další komodity přímo sloužící k poskytování zdravotní péče nejméně na 5 %, a to nejpozději od poloviny roku 2014.

V Praze dne 3. prosince 2013

Jan Wiesner
prezident

³ VZP ČR nesouhlasí s formulací a znění tohoto odst.