

O d ů v o d n ě n í

O B E C N Á Č Á S T

A. 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 2014.

1.2 Definice problému

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. (dále jen „zákon“) vydává Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (dále jen „vyhláška“) vždy 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 zdravotních služeb 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 § 17 odst. 2 zákona.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2014 probíhalo v období od 20. března 2013 do 21. srpna 2013. V zákonem stanoveném termínu účastníci dohodovacího řízení dospěli k dohodě z celkového počtu 11 segmentů zdravotní péče pouze v segmentech všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, lázeňské léčebně rehabilitační péče, zdravotní péče v ozdravovnách a u specializované ambulantní péče v oborech gynekologie a porodnictví. Segment poskytovatelů laboratorních a radiologických služeb dosáhl partiální dohody.

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. Nečinnost ministerstva nepřipadá v tomto případě v úvahu, neboť by šlo o nenaplnění zákonné povinnosti, v jehož důsledku by nebyly hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2014 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

1.3 Popis existujícího právního stavu v dané oblasti

V současné době platí vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. Ministerstvo vydalo vyhlášku na rok 2013 tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2013 a aby předpokládané výdaje systému nepřevýšily předpokládané příjmy.

V oblasti akutní lůžkové péče vyhláška stanovila složený způsob úhrady, a to z:

- 1) individuálních složek úhrady
 - a. tzv. „balíčků“
 - b. úhrady léčivých přípravků a potravin 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 (tzv. „centrové léky“)
- 2) úhrady za případový paušál (úhrada mechanismem DRG, tedy paušální úhrada za každou skupinu vztaženou k diagnóze),
- 3) úhrady za péči vyjmutou ze systému úhrady za případový paušál,
- 4) úhrady za ambulantní péči (tzv. ambulantní složka úhrady).

ad 1 a) Balíčky zahrnují skupiny výkonů (resp. tzv. „DRG baze“), tedy skupiny výkonů s podobnými náklady vztažené ke konkrétní diagnóze), v jejichž nákladech výrazně dominuje cena spotřebovaného materiálu (např. výměny kloubů, zavedení kardiostimulátorů atp.). V případě balíčků je smluvně dohodnut počet výkonů a výše úhrady mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb. Pokud k dohodě nedojde do 30. 4. 2013, uhradí zdravotní pojišťovna poskytovateli léčbu nejméně poloviny pojištěnců oproti roku 2012, a to úhradou odpovídající průměrné úhradě roku 2012.

ad 1 b) Mechanismus úhrady centrových léků byl dále individuálně nasmlouvatelný mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Oproti období 2008 – 2010 vyhláška ponechala základní hranici maximální výše úhrady centrových léků, která je násobkem na jedné straně sníženého průměru úhrady za pojištěnce z roku 2011 (98 %) a, na straně druhé, počtu pojištěnců v roce 2013. Tento způsob úhrady byl limitován 8% resp. 2% nárůstem pojištěnců vůči roku 2012 pro chronická onemocnění resp. nechronická.

Ad 2) V roce 2013 byl zachován pro úhradu většiny akutní lůžkové péče mechanismus DRG. Ministerstvo ve vyhlášce zahájilo proces sblížení základní sazby, který má za cíl sjednotit základní jednotku úhrady (tedy tzv. „základní sazbu“), kterou získává poskytovatel

zdravotních služeb od jednotlivých zdravotních pojišťoven za vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby (dále jen „uznaná produkce“). Další snahou je sjednotit základní sazby i mezi poskytovateli navzájem. Jelikož sjednocování základních sazeb, byť pozvolné, přináší do systému potenciálně výrazné změny, nastavilo ministerstvo vyhláškou i tzv. „risk koridor“. Parametry vyhlášky prostřednictvím zmíněných „risk koridorů“ tak zajišťují, že při zachování určitého poměru obtížnosti a počtu léčených pojištěnců má poskytovatel jistotu, že při dosažení 95% objemu produkce referenčního období za tento objem obdrží mezi 102% a 107% referenční úhrady.

Ad 3) Skupiny vyjmuté z platby případovým paušálem představují především léčbu těžce nemocných pojištěnců. Tyto skupiny byly hrazeny výkonově s individuální hodnotou bodu, která byla stanovena v závislosti na referenční výši úhrady. Důvodem pro vyčlenění těchto diagnóz z platebního mechanismu DRG je nákladová nesourodost těchto skupin. Pro použití DRG je při tom potřeba, aby v jednotlivých skupinách byly diagnózy se stejným rozdělením nákladů s malým rozptylem kolem průměru.

Ad 4) Je dlouhodobou snahou (nejen) ministerstva sjednotit způsob a výši úhrad ambulancím v rámci lůžkových zařízení a analogických samostatných ambulancí. Vyhláška na rok 2013 v tomto trendu pokračuje a vyúčtování jednotlivých ambulancí odborností v lůžkových zařízeních i mimo ně se řídí stejnými ustanoveními. Pro zachování jistoty však vyhláška zatím stále zachovává tzv. „ambulantní risk koridor“, který zajišťuje, že při splnění určitých podmínek neklesne lůžkové zařízení pod 94% referenční úhrady, a naopak neobdrží více než 101% referenční úhrady.

V segmentu následné lůžkové péče byla snížena paušální úhrada za jeden ošetrovací den ze 103% referenčního období na 100% referenčního období.

V segmentu zvláštní lůžkové péče nedošlo vzhledem k roku 2012 k žádným změnám.

Regulační omezení lůžkové péče, směřující proti tzv. upcodingu (účelové vykazování, kterým se neoprávněně zvyšuje složitost a tedy i úhrada za případ) ministerstvo změnilo tak, že se poskytovateli nesnižuje automaticky úhrada, nýbrž uznaný objem poskytnutých hrazených služeb. Dále bylo stanoveno omezení úhrady za předepsané léky a zdravotnické prostředky pro akutní i následnou lůžkovou zdravotní péči na úrovni 98 % roku 2011.

V segmentu praktických lékařů a lékařů pro děti a dorost nedošlo k žádným výrazným změnám. Došlo pouze k navýšení hodnoty bodu za výkony očkování, a to z 0,90 Kč na 1,10 Kč. Regulační limit na předepsané léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči zůstal v segmentu praktických lékařů na úrovni 120 % referenční hodnoty.

V segmentu ambulantních specialistů došlo ke snížení hodnoty bodu poskytovatelům poskytujícím hemodialyzační péči o 0,05 Kč. Celkový objem bodů, které se hradí sníženou hodnotou bodu, byl snížen ze 100 na 98 % referenčního období. Nově se do referenčního období přestaly započítávat body, které byly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu. Tím se

částečně zabránilo nekontrolovatelnému růstu jednotlivých segmentů. V regulačních omezeních se zvýšila možná míra regulace ze 40 na 50 % částky, o níž poskytovatel překročil povolený limit na výši úhrady předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.

V segmentu gynekologů došlo k obdobným změnám, jako u ambulantních specialistů. Celkový objem bodů, které se hradí nesníženou hodnotou bodu, byl snížen ze 100 na 98 % referenčního období. Nově se do referenčního období přestaly započítávat body, které byly uhrazeny ve snížené hodnotě bodu. V regulačních omezeních se zvýšila možná míra regulace ze 40 na 50 % částky, o níž poskytovatel překročil povolený limit na výši úhrady předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.

V segmentu laboratorního komplementu (tj. v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů) byla mírně navýšena hodnota bodu některým odbornostem. Dále byl zachován systém „pay for performance“, kdy držitelé certifikátu kvality dosáhli na vyšší hodnotu bodu než poskytovatelé, kteří se certifikátem neprokázali. Stejně jako u většiny ostatních segmentů byl snížen objem plně hrazených bodů ze 100 na 98 %.

V segmentu fyzioterapie, stejně jako v segmentu zdravotní dopravy, došlo pouze ke snížení objemu plně hrazených služeb ze 100 na 98 % referenčního období.

V segmentu „home care“, tedy sestry v domácí péči, segmentu zdravotní záchranné služby, v segmentu lázní a ozdraven a v segmentu ambulantní stomatologické péče nedošlo k žádným změnám.

Kromě samotné vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, je oblast úhrad, hodnot bodu a regulačních omezení ovlivněna těmito právními předpisy:

Zákonem č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, který definuje jak poskytovatele zdravotních služeb, tak služby, které tyto poskytovatelé nabízejí.

Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, která definuje jednotlivé odbornosti a jejich výkony.

Nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11, vyhlášeném ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb., kterým se ruší regulační poplatek za lůžkovou péči uplynutím dne 31. prosince 2013 a kterým se dále mimo jiné ruší ekonomicky náročnější varianta poskytování zdravotních služeb.

Nálezem Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13, který shledal neústavními dílčí aspekty vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

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 stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014, které reflektuje následující skutečnosti:

Finanční situace hlavních aktérů systému veřejného zdravotního pojištění není dobrá. Podle odhadů ministerstva budou zdravotní pojišťovny končit rok 2013 s deficitem cca 5 miliard Kč proti příjmům roku 2013. VZP eviduje závazky po splatnosti ve výši přes 3,1 miliardy a rezervní fond nenaplnila o 2,2 miliardy. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny budou na konci roku 2013 hospodařit se saldem blízkým nule a případný deficit jsou schopny zaplatit ze zůstatků na svých fondech. Velké nemocnice, které jsou přímo řízenými organizacemi ministerstva, jsou v deficitu ve výši cca 3 miliardy Kč.

Zrušení regulačního poplatku za pobyt v nemocnici (100 Kč/den) na základě nálezu Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11, vyhlášeném ve Sbírce zákonů pod číslem 238/2013 Sb. sníží v roce 2014 příjem nemocnic o další 2,1 miliardy Kč

Zrušením možnosti přímé platby pojištěnce za ekonomicky náročnější variantu výkonu (tzv. „nadstandard“) přišlo české zdravotnictví o jeden z potenciálně významných zdrojů příjmů nad rámec výběru pojistného.

Na základě predikce ministerstva financí se předpokládá zvýšení výběru pojistného v roce 2014 o cca 4,1 miliardy Kč a dále navýšení platby za státní pojištěnce o 64 Kč měsíčně (tj. 4,7 miliardy ročně).

Cílem předkládaného návrhu vyhlášky je zejména:

- Podpořit kvalitní a dostupnou péči v zařízeních akutní lůžkové péče.
- Podpořit kvalitní a dostupnou péči v zařízeních následné a dlouhodobé péče.
- Podpořit kvalitní a dostupnou péči v lázních a ozdravovnách.
- Stabilizovat finanční situaci zdravotních pojišťoven.
- Umožnit poskytovatelům zdravotních služeb růst odpovídající finančním možnostem systému.
- Pokračovat v narovnávání systému úhrad: pokračovat ve sblížení základní sazby a ve sjednocení způsobu úhrad ambulancí v nemocnicích a mimo nemocnice.
- Prosazovat mechanismy úhrad, které poskytují všem smluvním stranám motivace ke zvyšování efektivity v poskytování hrazených služeb.
- Usnadnit managementu nemocnic řízení poskytování hrazených služeb (snížením segmentace úhrad akutní lůžkové péče).

V neposlední řadě je nezbytné, aby byl ve vyhlášce na rok 2014 zohledněn také náleží Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13, který shledal neústavními tyto dílčí aspekty předchozí vyhlášky.

a) Možnost zdravotní pojišťovny použít regulační omezení selektivně, tedy různým způsobem ve vztahu k různým poskytovatelům, která je podle nálezu ÚS v rozporu se zásadou předvídatelnosti a zákazem svévole, v rozporu se zásadou rovnosti v právech a právem podnikat;

b) Snížená hodnota bodu při překročení objemu plně hrazené péče podle Ústavního soudu znamená, že poskytovatel je placen za stejný výkon různě, Snížená hodnota bodu je stanovena v takové výši, která podle názoru Ústavního soudu nepokrývá náklady na poskytování hrazených služeb, což soud shledává v rozporu s právem podnikat;

c) Hodnota bodu nesmluvních poskytovatelů ve výši 75 % hodnoty bodů smluvních poskytovatelů u neodkladné péče zavádá dle nálezu ÚS neodůvodněnou nerovnost mezi smluvními a nesmluvními poskytovateli.

1.6 Zhodnocení rizika

Nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení by znamenalo porušení povinnosti Ministerstva zdravotnictví, , neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok. Nevydáním vyhlášky by reálně vzniklo riziko žalob (viz závěry z relevantních právních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2012, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010), vyplývajících ze situace, kdy by nebylo možno jednoznačně určit podle jakých parametrů počítat výše úhrady.

2 Návrh variant řešení

Varianta 0

Nulová varianta představuje nečinnost ministerstva a nevydání vyhlášky, tedy nestanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a nevydání regulačních omezení.

Varianta 1

Uvedená varianta představuje předložení vyhlášky ve znění shodném se zněním vyhlášky pro rok 2013, pouze se zohledněním nálezu Ústavního soudu (Pl. ÚS 19/13) a výsledků dohodovacího řízení.

Varianta 2

Varianta č. 2 vychází z varianty č. 1, ale reflektuje ekonomické i právní změny, které nastaly v průběhu roku 2013. Varianta č. 2 dále vychází z výsledků dohodovacího řízení.

2.1 Nejdůležitější právní změny, které Varianta 2 reflektuje

2.1.1 Nález ústavního soudu Pl. ÚS 19/13 shledal neústavními dílčí aspekty vyhlášky pro rok 2013 (uvedené v bodě 1.5 tohoto odůvodnění). Předkládaná Varianta 2 zohledňuje nález Ústavního soudu takto:

Ad a) V případě překročení definovaného objemu úhrad za předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky, za vyžádanou péči či za zvlášť účtované položky na jednoho unikátního pojištěnce pojišťovna uplatní regulační omezení v přesně definované výši, na základě míry tohoto překročení. Není tedy již na uvážení zdravotní pojišťovny, zda omezení uplatní či nikoli, případně v jaké výši. Zdravotní pojišťovna regulační omezení uplatní vždy, s výjimkou případu, kdy kdy poskytovatel odůvodní překročení regulačního limitu. Ministerstvo zachovává mechanismus regulace v tom smyslu, že regulovaný objem úhrad (za výše uvedené vyžádané služby, preskripci atd.) je vztažen vždy na jednoho unikátního pojištěnce. Jinými slovy vyhláška umožňuje při zachování průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči, preskripci atd., poskytnout hrazené služby libovolnému počtu unikátních pojištěnců. Vyhláška tím důsledně směřuje proti „přelécování“ pojištěnců, tedy účelovému a kontraproduktivnímu předepisování zbytečných léčivých přípravků, či odesílání pojištěnců na neodůvodněná vyšetření, pouze za účelem zvýšení vlastních příjmů poskytovatele.

Ad b) V případě překročení průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce nebudou další body ohodnoceny konkrétní sníženou hodnotou bodu. Celá uznaná produkce poskytovatele zdravotních služeb bude pouze přepočtena novou hodnotou bodu, která bude o několik procent nižší než původní hodnota bodu. Se zvyšujícím se objemem bodů nad referenční průměrný počet bodů na jednoho unikátního pojištěnce se bude nová hodnota bodu, sloužící k přepočtení celé poskytovatelovy uznané produkce, snižovat. Tento přístup zdůrazňuje původní myšlenku regulace objemu poskytnutých služeb, která odráží skutečnost, že zdravotní pojišťovna s poskytovatelem zdravotních služeb uzavírá smlouvu, v níž je smluvený objem plně hrazených služeb pevně stanoven (objem plně hrazených bodů lze na začátku hodnoceného období pro každého poskytovatele jednoznačně určit). Sníženou jednotkovou úhradu při překročení smluveného objemu produkce je pak třeba vnímat jako množstevní slevu na produkci poskytovatele. Poskytovatel při tom není vázán žádným maximálním objemem ošetřených pacientů, jelikož regulace se mění s tím, kolik pacientů ošetří. Stávající regulace pouze zamezuje účelovému vykazování vysokého množství péče na malém množství pacientů.

Ad c) Na základě nálezu Ústavního soudu dospěl předkladatel k závěru, že upravovat výši úhrad mezi nesmluvními poskytovateli a zdravotními pojišťovnami v úhradové vyhlášce není vhodné, neboť nesmluvní poskytovatelé nejsou účastníky dohodovacího řízení. Nadále se výše úhrad mezi nimi ponechává na jejich vzájemné dohodě s tím, že v cenovém předpisu ministerstva zdravotnictví bude upravena cenová regulace bodu.

2.1.2 Novela vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, kterou ministerstvo v současné době připravuje, zahrnuje i výkony pro novou odbornost 919 – adiktolog. Varianta 2 v návaznosti na tuto skutečnost stanovuje pro výkony této odbornosti hodnotu bodu. Při zvolení varianty 0

či varianty 1 by nebyla stanovena hodnota bodu pro výkony této nové odbornosti a panovala by ohledně výše úhrad za výkony této odbornosti nejistota.

2.2 Nejdůležitější ekonomické změny, které Varianta 2 reflektuje

1.2.1 Příjmy systému veřejného zdravotního pojištění by měly podle odhadů meziročně vzrůst o 10,5 miliard Kč. Růst je způsobem zčásti vyšším předpokládaným výběrem pojistného a vyšší platbou státu za státní pojištění. Vysoké náklady na zdravotní služby v minulých letech u některých pojišťoven způsobily deficit na základním fondu. Zvýšené příjmy systému v. z. p. tedy nelze bezzbytku vydat na nákup vyššího objemu zdravotních služeb. Základním parametrem Varianty 2 vyhlášky pro rok 2014, vzešlým z modelací příjmů a výdajů, je tedy 100 % referenčního období.

2.2.2 Řada poskytovatelů lůžkové péče se v roce 2013 kvůli deficitu dostala do velmi složité finanční situace. Vyhláška proto počítá v tomto segmentu s 3 až 5% růstem úhrad oproti roku 2013.

2.2.3 V ostatních segmentech ministerstvo konstatuje, že ekonomická predikce umožňuje nastavit parametry prorůstově a zvýšit tak úhradu oproti roku 2013. Ministerstvo zamýšlí tímto opatřením vyhovět požadavku poskytovatelů, kteří nedošli k dohodě v dohodovacím řízení, aby úhrady dosáhly alespoň 100 % referenčního období.

2.3 Další podstatné změny

Následující změny navrhuje ministerstvo uplatnit ve všech relevantních částech předkládané vyhlášky:

2.3.1 V souvislosti s nálezem Ústavního soudu přikročilo ministerstvo v oblasti regulačních omezení k systematické změně, která zvýší předvídatelnost dopadů vyhlášky. Aby mohla zdravotní pojišťovna uplatnit regulační omezení vůči poskytovateli, je povinna tomuto poskytovateli sdělit výši referenčních hodnot, od nichž se výše regulačních omezení odvíjí. Jedná se zejména o výši úhrad za předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky či zvláště účtované položky na jednoho unikátního pojištěnce dané pojišťovny v referenčním období.

2.3.2 Ministerstvo navrhuje, aby se pro účely výpočtu regulačních omezení a objemu plně hrazené péče v hodnoceném období mezi unikátní pojištěnce nezapočítávali ti unikátní pojištěnci, na něž poskytovatel nevykázal jiný výkon, než je 09513 – Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem či 09511 – Minimální kontakt lékaře s pacientem (podle seznamu zdravotních výkonů). Ministerstvo vychází z premisy, že ani telefonický ani minimální kontakt nejsou samy o sobě dostatečnými akty péče, které by mohly opodstatnit zvýšený objem předepsaných léčivých přípravků, zdravotnických prostředků, vyžádané péče či vlastních hrazených služeb lékaře. Vyčlenění těchto unikátních pojištěnců z výpočtu regulačních omezení a objemu plně hrazených služeb tak předejde situacím, kdy by poskytovatelé mohli účelově vykazovat tyto výkony na pojištěnce, kterým v daném roce jiné hrazené služby neposkytli, a uměle si tak navyšovat počet ošetřených unikátních pojištěnců.

Předkladatel dále popisuje Variantu 2 ve struktuře, která odpovídá jednotlivým segmentům poskytovatelů hrazených služeb. Jedná se o popis nejdůležitějších změn oproti vyhláске platné v současnosti.

1) **Akutní lůžková péče (paragraf 4)**

a) **Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady – „balíčky“**

Oproti roku 2013 se oblast balíčků výrazně zužuje pouze na oblast kardiologie – bude zahrnovat jen implantace a výměny kardioverterů (implantibilních defibrilátorů) a kardiosmolátorů. O výši úhrady a případně o počtu zákroků se dohodne poskytovatel a zdravotní pojišťovna individuálně. Pokud mezi nimi nedojde k dohodě do 30. dubna 2014, stanoví vyhláška, že zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli za každého léčeného pojištěnce úhradu ve výši průměrné úhrady na jednoho pojištěnce v roce 2013. Maximální počet pojištěnců, který je pojišťovna poskytovateli povinna uhradit, se vypočte jako 75 % počtu pojištěnců léčených daným poskytovatelem v dané skupině v roce 2013 krát koeficient KPP (koeficient přechodu pojištěnců). Pojišťovna však samozřejmě může poskytovateli uhradit léčbu i většího počtu pojištěnců. Datum 30. 4. 2014 je ve vyhláске uvedeno s cílem dát poskytovateli dostatek času, aby se přizpůsobil případné nedohodě se zdravotní pojišťovnou a mohl plánovat poskytování hrazených služeb pojištěncům dané pojišťovny tak, aby nepřekročil maximální úhradu, kterou je mu pojišťovna povinna poskytnout. Ve vyhláске zůstává povinnost pojišťovny v rámci celé své smluvní sítě uhradit „balíčky“ alespoň ve výši 85 % úhrady roku 2013. Je tedy zřejmé, že pojišťovna nemůže, ani v případě nedohody se všemi svými smluvními poskytovateli, uhradit všem pouze 75 % úhrady roku 2013.

b) **Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady - „centrové léky“**

Centrovými léky se rozumí 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. Oproti roku 2013 se výše úhrad za centrové léky pro onemocnění neuvedená v bodě 2.2.1, omezuje pouze průměrnou úhradou za centrové léky konkrétnímu poskytovateli v roce 2013, nikoli celostátní průměrnou úhradou za centrové léky v roce 2013. V předkládaném návrhu se centrové léky uhradí podle poskytovatelem vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného léčivého přípravku až do maximální výše úhrady. Tato se vypočítá jako 98 % průměrné úhrady na jednoho pojištěnce v roce 2013 vynásobené počtem pojištěnců léčených na dané onemocnění v roce 2014, a to až do výše 108 % resp. 102 % počtu pojištěnců roku 2013 pro chronická resp. nechronická onemocnění. Hodnota 98 % reaguje na snižující se ceny léčivých přípravků, nárůst na 102 %, resp. 108 %, naopak reflektuje zvyšující se počet pojištěnců léčených na uvedená onemocnění.

c) **Úhrada formou případového paušálu**

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 užitkem čili „přelécování“. Užití tohoto způsobu úhrady tak přispívá ke zvyšování efektivity poskytování zdravotních služeb napříč systémem, a to bez nutnosti plošných škrtů. Z těchto důvodů ministerstvo jednoznačně prosazuje úhradu formou případového paušálu jako hlavní mechanismus úhrady za akutní lůžkovou péči.

Úhrada za akutní lůžkovou péči bude v roce 2014 opět opřena o klasifikaci DRG (Diagnose Related Groups). To pro poskytovatele znamená, že úhrada bude realizována formou případového paušálu za každý konkrétní případ. Ve srovnání s rokem 2013 dojde ke dvěma klíčovým změnám.

První změnou je radikální snížení segmentace poskytovaných zdravotních služeb. V úhradové vyhlášce roku 2013 byly pro úhradu péče ve skupinách, kde majoritní část nákladů tvoří materiálová složka, používány takzvané balíčky. V těchto vyjmenovaných skupinách se de facto musel poskytovatel dohodnout se zdravotní pojišťovnou na objemu a jednotkové ceně v každé z těchto skupin. Dalšími segmenty byly v roce 2013 pacienti léčení centrovými léky (léky s příznakem „S“) a tři segmenty, ve kterých byla používána klasifikace DRG, takzvaná „alfa“, „beta“ a „gamma“. Případy spadající dle tehdy platné metodiky do segmentu „alfa“ byly hrazeny formou případového paušálu (který bude v roce 2014 tvořit majoritní formu úhrady) a případy spadající do segmentů „beta“ a „gamma“ byly sice klasifikovány dle DRG, nicméně nebyly hrazeny případovým paušálem ale výkonově. K tomuto rozdílu docházelo proto, že aktuální stav relativních vah (viz dále) neumožňoval jejich úhradu skrze paušál na případ. Dělení na „betu“ a „gammu“ bylo vytvořeno kvůli možnosti část péče, která se týká velmi těžce nemocných pacientů „beta“ podpořit růstem a část péče, kde náklady jsou stabilní „gamma“ zachovat na tehdejší úrovni.

Podobná segmentace se ovšem negativně odrážela na straně hospodaření nemocnic, pro které bylo velmi obtížné řídit náklady a objem produkce při členění do pěti segmentů, kdy pro každý z nich platila jiná pravidla, jiné regulace a každý jednotlivý segment byl nasmlouván s několika zdravotními pojišťovnami. Běžně se potom stávalo, že ačkoli v jednom segmentu nemocnice snížila produkci a teoreticky měla vytvořenou rezervu, v jiném segmentu v produkci překročila stanovenou mez a dostala se do degrese.

Ministerstvo zdravotnictví výše uvedený pohled vnímá, a proto se po dohodě se zástupci nemocnic rozhodlo pro rok 2014 mechanismus změnit směrem k nižší segmentaci. Většina skupin obsažených v „balíčcích“ byla přesunuta do segmentu „alfa“, který se nově nazývá pouze segment DRG (jelikož již není členěn). V segmentu „balíčků“ tak zůstalo pouhých několik skupin vyjmenovaných v příloze vyhlášky č. 9 a segment byl minimalizován. Jediný samostatný plně zachovaný segment je segment centrových léků. Zbylé segmenty („beta“ a „gamma“) byly přesunuty pro rok 2014 to úhrady formou případového paušálu.

Druhou radikální změnou proti roku 2013 je sjednocení základních sazeb (úhrada v oblasti akutní lůžkové péče je zjednodušeně tvořena tak, že každý případ se násobí relativní vahou, která reprezentuje jeho nákladovou náročnost a suma takto vážených případů je násobena základní sazbou) mezi zdravotními pojišťovnami v jednotlivých nemocnicích. Doposud platilo, že základní sazby byly rozdílné pro každý jednotlivý vztah nemocnice a zdravotní pojišťovny. Tato nerovnováha vznikla v dobách, kdy se nemocnicím platilo bez ohledu na produkci pomocí paušálních plateb.

Obecně platí, že VZP má v segmentu nemocnic nejvyšší základní sazby a ostatní zdravotní pojišťovny mají základní sazby nižší (ačkoli toto pravidlo nemusí platit u každé konkrétní nemocnice). Mezi jednotlivými nemocnicemi jsou rozdíly v základních sazbách také propastné v rozmezí od 18 000 Kč až do 40 000 Kč. Sjednotit během jednoho roku sazby mezi všemi nemocnicemi proto není možné, jelikož by to mělo na jedné straně devastující účinky a na straně druhé by některá zařízení získala neúměrně vysoké prostředky.

Sjednocení základních sazeb tedy v roce 2014 bude pokračovat tím, že všechny zdravotní pojišťovny budou každé konkrétní nemocnici platit jednotnou základní sazbou, což povede ke snížení základních sazeb u VZP a zvýšení základních sazeb u ostatních zdravotních pojišťoven. Podmínky mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami tak budou v tomto segmentu narovnány. Počet různých základních sazeb s systému se tak sedmkrát sníží.

Co se samotného stanovení úhrady nemocnici týče, bude v roce 2014 nadále platit, že každý poskytovatel bude v oblasti akutní lůžkové péče placen za svou produkci. Výpočet úhrady bude probíhat v několika krocích.

Prvně se pro každého poskytovatele a zdravotní pojišťovnu stanoví, jaká bude maximální úhrada v roce 2014. Tato maximální úhrada se stanoví na základě produkce v referenčním období a poskytovatel dosáhne její plné výše či části v závislosti na své produkci v období hodnoceném.

Maximální úhrada je ve vyhlášce stanovena jako „individuální paušální úhrada, IPU“. Ta se stanoví následujícím způsobem. Poskytovatel si spočítá, jaká byla jeho přepočtená produkce v referenčním období. Tato produkce je skrze mechanismus DRG měřena casemixem (casemix je součet počtu případů vážených vahami (uvedenými v příloze č. 10 vyhlášky), přičemž tyto váhy v sobě nesou informaci o relativní nákladové náročnosti případu – tedy případ s váhou jedna má v průměru průměrné náklady všech případů v systému a případ s váhou 2 má v průměru dvojnásobné náklady průměrného případu v systému). Jelikož aktuální stav relativních vah neumožňuje plně zohlednit klinickou náročnost některých případů, dochází následně ke korekci takzvanými koeficienty specializace (v úhradové vyhlášce jsou uvedeny v příloze č. 10 pod označením Ksp), kterými se ještě vynásobí každý jednotlivý vážený případ. Takto získaná hodnota měřící objem produkce a její náročnost se vynásobí technickou základní sazbou (stanovenou na 22 000 Kč) a váženým koeficientem přechodu pojištěnců (tento koeficient reflektuje přesun nákladů na akutní lůžkovou péči mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami v krajích tak, že neměří jen přechod jednotlivých fyzických pojištěnců, ale váží je jejich náklady na akutní lůžkovou péči).

Výše uvedeným postupem je ohodnoceno, kolik by dle nových pravidel měla zdravotní pojišťovna poskytovateli uhradit v roce 2014 v návaznosti na jeho produkci v roce referenčním. Výsledná hodnota je následně ještě korigována v tom smyslu, že zabraňuje, aby se některá nemocnice dostala do přílišného propadu či naopak přílišného nárůstu příjmů. Jako dolní mez propadu je stanoveno 97 % referenční úhrady násobené koeficientem přechodu pojištěnců (jelikož má-li pojišťovna méně pojištěnců, je pokles objektivně odůvodnitelný a naopak) a horní mez je stanovena na 150 % referenční úhrady.

Ve dvou výše uvedených odstavcích je stanoven postup výpočtu maximální možné úhrady od konkrétní zdravotní pojišťovny konkrétnímu poskytovateli. Poskytovatel ovšem v rámci své produkce v roce 2014 nemusí na tuto úhradu dosáhnout. Jeho produkce v roce 2014 bude stejně jako v roce 2013 měřena takzvaným redukováným casemixem. Ten se v případě, že

poskytovatel se podezřele nevychyluje z referenční struktury produkce rovná celkovému vyprodukovanému casemixu roku 2014 (tedy součtu počtu případů vážených relativními vahami dle jejich nákladové náročnosti dle přílohy č. 10 vyhlášky). Výpočet ovšem zahrnuje ochranu proti účelovému chování poskytovatele (výběru pouze „lukrativních“ případů a odmítání méně výhodných či dokonce přímo účelovému kódování (upcodikgu). Pravidlo je stanoveno tak, že pokud se průměrná obtížnost případu (měřená jako celkový casemix dělený počtem případů) v roce 2014 odlišuje směrem nahoru od této hodnoty v referenčním období o více než 5 %, dostane se poskytovatel do pásma plynulé degrese, kdy jeho casemix je redukován takzvanou Cobb-Douglasovou funkcí. Ta má takový efekt, že při vychýlení od požadovaného průměru směrem nahoru je pro poskytovatele výhodnější z hlediska zvýšení úhrady léčit pro něj méně lukrativní pacienty a méně výhodné léčit dál pouze lukrativní pacienty (s vysokou hodnotou casemixu vůči reálným nákladům). Mechanismus tak funguje především jako ochrana pacienta před odmítáním z důvodu, že pro nemocnici není finančně dostatečně zajímavý.

V momentě, kdy nemocnice má spočítanou maximální úhradu a zná svůj aktuální redukováný casemix, je schopna přistoupit k výpočtu samotné celkové úhrady za rok 2014. Ta je stanovena tím způsobem, že pokud se produkce měřená redukováným casemixem v roce 2014 rovná alespoň 97 % produkce referenčního období (měřené casemixem a zvýšené či snížené koeficientem přechodu pojištěnců), obdrží od zdravotní pojišťovny plnou výši individuální paušální úhrady. Dosáhne-li nemocnice poměrně nižší úrovně produkce, bude její individuální paušální úhrada ve shodné proporcí snížena. Závěrem se od celkové úhrady odečítají náklady za péči vyžádanou u jiných poskytovatelů, jelikož nemocnice dostává za hospitalizovaného pacienta prostředky na jeho vyléčení formou případového paušálu a pokud si takto péči vyžádá, zdravotní pojišťovna ji musí uhradit u toho poskytovatele, kde byla vyžádána, a hradila by ji de facto dvakrát.

d) Ambulantní složka úhrady

Úhrada ambulantní péče poskytované poskytovateli lůžkové péče (tzv. ambulantní složka úhrady) bude stanovena podle stejných pravidel jako v segmentu ambulantních specialistů. Oproti roku 2013 nebude použit tzv. dolní risk-koridor, který zajišťuje poskytovatelům, že při splnění určitých podmínek neklesne jejich úhrada pod určitou úroveň. Zrušení risk-koridoru vychází ze snahy maximálně sjednotit úhradu ambulancí v rámci nemocnic s úhradou ambulancí mimo nemocnice. Ambulance mimo nemocnice žádnou „záchrannou síť“ v podobě dolního risk-koridoru nemají. V rámci výpočtu úhrady za akutní lůžkovou péči je však zohledněn i doplatek do ambulantního risk koridoru, který nemocnice získávaly v předchozích letech.

Ministerstvo však dosud zachovává tzv. horní risk-koridor, který naopak omezuje maximální výši úhrady ambulancím v nemocnicích. Důvodem je skutečnost, že úhrada ambulancím je limitována primárně počtem ošetřených unikátních pojištěnců. V nemocnicích se celkový počet unikátních pojištěnců vypočte jakou součet unikátních pojištěnců jednotlivých ambulancí. Je tedy zřejmé, že pro nemocnici je více než snadné uměle zvyšovat celkový počet unikátních pojištěnců (tím, že pojištěnec bude při návštěvě jedné ambulance odeslán na

vyšetření do dalších ambulancí, bez ohledu na to, zda zmíněná další vyšetření potřebuje) a de facto do nekonečna zvyšovat svou úhradu. Proto ministerstvo zachovává horní risk-koridor, který stanoví, že maximální úhrada za ambulantní složku v nemocnicích nemůže překročit 105% úhrady v referenčním období. Úhrada v referenčním období se vypočte jako součin počtu vykázaných a pojišťovnou uznaných bodů za ambulantní složku v referenčním období a hodnotu bodu platných v referenčním období. Na takto spočtenou úhradu se neaplikuje ani horní risk-koridor ani dolní risk koridor, definovaný v odstavci 6.10 a 6.11 tehdy platné úhradové vyhlášky. Výsledkem je úhrada v referenčním období, od níž se odvíjí maximální možná výše úhrady za ambulantní složku v hodnoceném období.

2) Následná, dlouhodobá a zvláštní péče (paragraf 4)

Následná lůžková zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka) bude v roce 2014 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace, a to ve výši 105 % této sazby v roce 2012. Toto navýšení má za cíl stabilizovat špatnou finanční situaci v tomto segmentu, zhoršenou navíc o zrušení tzv. hospitalizačního regulačního poplatku. Tento nárůst také zohledňuje valorizaci reží o inflaci. Ošetrovací den 00026 (dětská psychiatrie) bude hrazen paušální sazbou ve výši 130% sazby roku 2012. Hodnota bodu pro úhradu ambulantní a zvláštní ambulantní péče je stejná jako v roce 2013, a to 0,95 Kč. Hodnota bodu se začne snižovat při překročení 100 % průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, tedy beze změny oproti roku 2013. Limit pro uplatnění regulačních omezení na předepsané léky a zdravotnické prostředky se zvyšuje na 100 % roku 2012.

3) Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost (paragraf 5)

Pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost se podmínky kapitačních i dalších plateb a limity pro uplatnění regulačních opatření nemění. Znění vyhlášky pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost vychází z dohody tohoto segmentu poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v dohodovacím řízení. Změnou oproti roku 2013 jsou způsoby uplatnění regulačních omezení. Regulační omezení pojišťovna nemůže uplatnit, pokud do 30. 6. 2014 nesdělí poskytovateli referenční hodnotu celostátního průměru za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, za úhradu za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za úhradu za vyžádanou péči v odbornosti 902. Pokud tyto hodnoty pojišťovna poskytovateli sdělí (resp. je zveřejní) a pokud poskytovatel překročí stanovený limit, který se od celostátního průměru odvíjí, pojišťovna je povinna uplatnit vůči němu regulační omezení. Tato změna ve znění vyhlášky je reakcí na nález Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13, který shledal jako ústavně nekonformní, je-li jen na uvážení zdravotní pojišťovny, zda regulaci uplatní či neuplatní. Ve stejných intencích upravilo ministerstvo regulační omezení ve všech dalších částech navrhované vyhlášky.

4) Ambulantní specialisté (paragraf 6)

Pro segment ambulantních specialistů se objem plně hrazených bodů na unikátního pojištěnce zvyšuje z 98 na 100 % referenčního období. Způsob výpočtu úhrady po dosažení tohoto objemu se mění na způsob popsany v úvodu k Variantě 2, a to tak, aby odpovídal nálezu

Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13. Při překročení regulačního limitu na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky uplatní zdravotní pojišťovna regulační omezení až do výše 40% z překročení. V roce 2013 se jednalo o 50% z překročení.

5) Ambulantní gynekologové (paragraf 7)

Segment poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb došel v dohodovacím řízení k dohodě se zástupci zdravotních pojišťoven. Ministerstvo tuto dohodu respektuje a přejímá jí do návrhu vyhlášky. Poskytovatelé ambulantních gynekologických služeb se dohodli na objemu plně hrazených služeb ve výši 98 % referenčního období. Tento zdánlivě nižší objem je však kompenzován způsobem úhrad, vzešlým z dohodovacího řízení, kdy poskytovatel za každého ošetřeného unikátního pojištěnce získá automaticky úhradu ve výši průměrné úhrady referenčního období. Kromě toho je limit na úhradu předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, stejně jako limit na vyžádanou péči, stanoven na 105 % referenčního období (na rozdíl od 100 % v roce 2013). Při překročení tohoto limitu uplatní zdravotní pojišťovna proti poskytovateli regulační omezení do výše 40 % z překročení (oproti 50 % v roce 2013 v případě regulace preskripce).

6) Poskytovatelé v oboru zubní lékařství (paragraf 8)

V segmentu poskytovatelů v oboru zubního lékařství se mění název a text výkonu 00968 „Stomatologické vyšetření a ošetření neregistrovaného pojištěnce PZL-stomatologem“. K jiným změnám v tomto segmentu nedošlo

7) Komplement (paragraf 9)

V segmentu laboratorního komplementu je objem plně hrazených služeb zvýšen z 98 % referenčního období na 100 %. K certifikátům ČSN EN ISO 15189 a NASKL II, které opravňují své držitele k vyšší úhradě za jeden bod, byl přiřazen i certifikát Evropské federace pro imunogenetiku (EFI). Vlastnictví těchto certifikátů je důkazem vyšší kvality péče a ministerstvo na žádost odborných společností vyšší kvalitu oceňuje prostřednictvím vyhlášky.

8) Sestry v domácí péči (paragraf 10)

V segmentu sester v domácí péči, tedy pro odbornosti 925, 911, 914, 916 a 921 podle seznamu zdravotních výkonů, nedochází oproti roku 2013 k žádným změnám. Objem plně hrazených služeb poskytovaných těmito odbornostmi zůstává na úrovni 105 % referenčního období.

9) Fyzioterapeuti a ergoterapeuti (paragraf 11)

V segmentu odborností 902 a 917 podle seznamu zdravotních výkonů se mění objem plně hrazených služeb z 98 na 100 % referenčního období. Kromě toho nedochází v tomto segmentu k žádným změnám.

10) Zdravotní záchranná a dopravní služba (paragraf 12)

V segmentu zdravotní dopravní služby se mění objem plně hrazených služeb z 98 na 100 % referenčního období. Kromě toho nedochází v tomto segmentu k žádným změnám. Segment

zdravotní záchranné služby, segment poskytovatelů lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství zůstávají beze změny oproti roku 2013.

11) Lázeňská léčebně rehabilitační péče a péče v ozdravovnách (paragraf 15)

Předpokládá se zvýšení minimální úhrady poskytovatelům lázeňské léčebně rehabilitační péče o 100 Kč za den za dospělého pojištěnce a 200 Kč za den za děti a dorost do 18 let. Minimální úhrada ozdravovnám bude navýšena o 100 Kč za den. Toto zvýšení kompenzuje výpadek regulačního poplatku za hospitalizaci a přináší poskytovatelům lázeňské léčebně rehabilitační péče část potřebných příjmů.

3 Vyhodnocení nákladů a přínosů

3.1 Identifikace nákladů a přínosů

Varianta 0

Nevydání vyhlášky, tedy 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 2014 vůbec stanoveny, neboť zákon počítá s tím, že se vyhláška vydává pro každý kalendářní rok.

Hlavním nákladem této varianty je vysoké riziko žalob, byť obtížně vyčíslitelné, vyplývající ze situace, kdy by nebylo možno jednoznačně určit podle jakých parametrů počítat výše úhrady (viz závěry z relevantních právních rozhodnutí, např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 26. června 2012, sp. zn. 32 Cdo 2108/2010),.

Dalším podstatným nákladem je skutečnost, že při absenci regulačních omezení by se náklady na poskytování hrazených služeb mnohonásobně zvýšily, neboť by v systému chyběly ekonomické mechanismy, které poskytovatele vedou k efektivitě. Tato varianta by byla jednoznačným rizikem nejen pro zdravotní pojišťovny, ale i pro pojištěnce, kterým by byly poskytovány služby bez ohledu na jejich potřebnost.

Varianta 1

Tato varianta, která v podstatě znamená, že by byla vydaná vyhláška ve stejném znění jako vyhláška na rok 2013, má následující náklady a přínosy:

Přínosy

Jelikož je vyhláška platná již v roce 2013, poskytovatelé i zdravotní pojišťovny její obsah znají a nemuseli by se tedy novému znění nijak přizpůsobovat.

Vyhláška je modelovaná na výdaje na úrovni 98% roku 2011, které jsou nižší než odhadované příjmy roku 2014. Tato restriktivní vyhláška by byla jistě přínosem pro zdravotní pojišťovny, které by v roce 2014 ušetřily.

Náklady

Nevýhodou vyhlášky ve stávajícím znění je, že nereflektuje nové skutečnosti – ať ekonomickou realitu ČR, tak připomínky a podněty poskytovatelů a pojišťoven ke stávající vyhlášce.

Vyhláška ve znění roku 2013 by dále nereflektovala ani důsledky nálezu Ústavního soudu, kterým se ruší regulační poplatek za hospitalizaci.

Restriktivní parametry vyhlášky roku 2013 by byly pro poskytovatele hrazených služeb velmi rizikové, především pro poskytovatele akutní lůžkové péče, neboť by se druhý rok po sobě museli potýkat s relativně nízkými úhradami.

Tato varianta by dále představovala náklad pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR, neboť by jen velmi omezeně přispěla k narovnání výše úhrad mezi VZP a ostatními zdravotními pojišťovnami. Dále by nereflektovala současný přesun pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami, což je jedna z podstatných příčin neúměrně vysokých výdajů VZP na nákup hrazených služeb.

Varianta 2

Varianta 2 má tyto základní náklady a přínosy:

Náklady

Zásadní náklady návrhu vyhlášky představuje zavedení jednotné základní sazby, které bude pro mnohé pojišťovny představovat zvýšený náklad a pro mnohé poskytovatele naopak snížení příjmů. Dopady na zdravotní pojišťovny budou závažnější než dopady na poskytovatele, na druhou stranu tím bude vytvářen vyšší tlak na efektivitu nejen na straně nabídky, ale i na straně nákupu zdravotních služeb – pojišťovny budou nucené k efektivnímu hospodaření se zdroji a k racionálnímu kontrahování služeb.

Parametry vyhlášky ve variantě 2 odpovídají výdajům ve výši cca 231 miliard Kč. Jelikož příjmy systému v roce 2014 se odhadují na cca 234,9 miliard Kč, a jelikož nelze veškeré příjmy použít jen na úhradu zdravotních služeb, je zřejmé, že během roku bude třeba najít další zdroje financování, aby i zdravotní pojišťovny na konci roku hospodařily vyrovnaně.

Přínosy

Vyhláška reaguje na nález Ústavního soudu Pl. ÚS 39/13

Vyhláška zohledňuje výsledky dohodovacího řízení.

Vyhláška kompenzuje výpadek regulačního poplatku za hospitalizaci.

Parametry vyhlášky vycházejí z modelace ministerstva, které reflektuje očekávaný výběr pojistného v roce 2014.

Vyhláška umožňuje mírný růst ve všech segmentech, což je jednoznačným přínosem pro poskytovatele zdravotních služeb.

Vyhláška stanoví v různých segmentech ty mechanismy úhrad, které poskytují nejlepší motivace (motivace ke zvýšení efektivity a k poskytování ani příliš malého, ani příliš velkého objemu péče). Těmito mechanismy jsou především úhrada případovým paušálem v segmentu akutní lůžkové péče a regulovaný objem plně hrazených služeb v ambulantním segmentu.

4 Návrh řešení

4.1 Stanovení pořadí variant a výběr nevhodnějšího řešení

Předkladatel stanovuje pořadí jednotlivých variant, s přihlédnutím k jejich nákladům a přínosům, a to na základě míry s jakou splňují cíle, vytyčené v kapitole 1.5 této zprávy.

a) Podpořit kvalitní a dostupnou péči v zařízeních poskytujících akutní lůžkovou péči

V tomto kritériu se zohledňuje objem finančních prostředků, které obdrží poskytovatelé akutní lůžkové péče. Zohledňuje se dále, jak zvolené úhradové mechanismy přispívají k vyšší efektivitě poskytovaných hrazených služeb.

b) Podpořit kvalitní a dostupnou péči v zařízeních poskytujících následnou a dlouhodobou péči

V tomto kritériu se zohledňuje objem finančních prostředků, které obdrží poskytovatelé následné a dlouhodobé péče.

c) Podpořit kvalitní a dostupnou péči v lázních a ozdravovnách

V tomto kritériu se zohledňuje objem finančních prostředků, které obdrží poskytovatelé lázeňské péče a péče v ozdravovnách.

d) Stabilizovat finanční situaci zdravotních pojišťoven

V tomto kritériu se zohledňuje, jak zvolená varianta ovlivní výši zůstatků na základních fondech zdravotních pojišťoven.

e) Umožnit ostatním poskytovatelům růst, odpovídající finančním možnostem systému

V tomto kritériu se zohledňuje objem finančních prostředků, které obdrží poskytovatelé mimo lůžkovou péči, lázně a ozdravovny.

f) Pokračovat v narovnávání systému úhrad

V tomto kritériu se zohlední, jakou měrou přispívá daná varianta ke sblížení základních sazeb a ke sjednocení způsobu úhrady ambulancí v nemocnicích a mimo nemocnice.

g) *Prosazovat mechanismy úhrad, které poskytují všem smluvním stranám motivace ke zvyšování efektivity v poskytování hrazených služeb.*

V tomto kritériu se zohlední, jaké mechanismy úhrad jsou použity v jednotlivých segmentech a jakou měrou tyto mechanismy přispívají k efektivnímu poskytování hrazených služeb.

h) *Usnadnit managementu nemocnic řízení poskytování hrazených služeb* V tomto kritériu se zohlední, jakou měrou přispívá zvolená varianta k možnosti řídit poskytování hrazených služeb, především u velkých poskytovatelů zdravotních služeb.

Všechna kritéria jsou hodnocena přidělením bodů od - 2 do 2.

Tabulka 4 – Stanovení pořadí variant

	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)	Celkem
Varianta 0	-2	-2	-2	-2	-2	0	- 2	2	-10
Varianta 1	0	0	0	2	0	1	1	0	4
Varianta 2	2	2	2	1	2	2	1	1	13

Jak vyplývá z celkového zhodnocení všech variant řešení, za nejvhodnější je po provedení kvantitativní i kvalitativní analýzy třeba považovat **variantu 2**.

5 Implementace doporučené varianty a vynuocování

Za implementaci regulace budou odpovídat zdravotní pojišťovny, jako subjekty provádějící v ČR zdravotní pojištění. V daném případě půjde o činnosti, které jsou zdravotními pojišťovnami 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 podle 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 vytvořeného 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 vyplynuly 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. Vyhláška proto v mnohém reflektuje připomínky poskytovatelů ohledně technických detailů úhrad, které dále precizuje.

Ministerstvo 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.

Stejně jako vloni, byly tento rok zdravotní pojišťovny vyzvány k poskytnutí údajů o objemu a struktuře úhrad poskytovatelům lůžkové péče podle jednotné metodiky. Kromě dat zaslaných přímo zdravotními pojišťovnami byly provedeny modelace i na datovém souboru (tzv. datamartu), se kterým pracuje Národní referenční centrum při výpočtu relativních vah a při kultivaci DRG. Tyto údaje byly analyzovány s informacemi o technických aspektech úhrady pomocí případového paušálu. Současně ministerstvo požádalo o spolupráci vybrané poskytovatele zdravotních služeb z řad přímo řízených nemocnic, kteří ověřovali výsledky modelací ministerstva na vlastních skutečných datech.

8 Kontakt na zpracovatele RIA

Osoba, která zpracovala závěrečnou zprávu RIA:

Mgr. Jan Kvaček, vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění (jan.kvacek@mzcr.cz; tel: 224 972 734)

Ing. et Ing. Lenka Poliaková, referentka oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění (lenka.poliakova@mzcr.cz; tel.: 224 972 322)

Osoba, která zprávu schválila:

Ing. Helena Rögnerová, náměstkyně pro zdravotní pojištění

B. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY SE ZÁKONEM, S MEZINÁRODNÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EVROPSKÉ UNIE

1. SOULAD SE ZÁKONEM, K JEHOŽ PROVEDENÍ JE NAVRŽENA, VČETNĚ SOULADU SE ZÁKONNÝM ZMOCNĚNÍM K JEJÍMU VYDÁNÍ

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., k jehož provedení je navržena, a se zákonným zmocněním k jejímu vydání (§ 17 odst. 5). Předkládaný návrh novely vyhlášky je plně v souladu s ústavním pořádkem ČR.

2. SOULAD S MEZINÁROD-NÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EU

Navrhovaná právní úprava není v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána. Obsah předkládaného návrhu není předmětem žádné mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána. Návrhem vyhlášky není do právního řádu České republiky implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.

C. PŘEDPOKLÁDANÝ HOSPODÁŘSKÝ A FINANČNÍ DOPAD NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

Navrhovaná právní úprava bude mít z důvodu parametrických změn oproti předchozí úhradové vyhlášce finanční dopady. Jelikož oproti roku 2013 a restriktivnímu charakteru úhradové vyhlášky platné v současnosti je nový návrh mírně prorůstový (100 až 103 % referenčního období), předpokládá se dopad ve smyslu podpory finančního stavu poskytovatelů zdravotních služeb. Jelikož ti jsou financováni z rozpočtů zdravotních pojišťoven v systému veřejného zdravotního pojištění, bude tento nárůst samozřejmě kompenzován z dostupných prostředků. Dopad na státní rozpočet z tohoto návrhu přímo nevyplývá. Reálný celkový dopad není možné exaktně vyčíslit, především z toho důvodu, že vyhláška je pro poskytovatele a plátce vodítkem jen v případě neshody – úhrady podléhají smluvním dohodám, které není možno předvídat.

E. ZHODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU A DOPADŮ NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ VE VZTAHU K ZÁKAZU DISKRIMINACE

V souvislosti s předloženým návrhem se nepředpokládají dopady v oblasti zákazu diskriminace.

F. DOPAD NA ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ A SOCIÁLNÍ DOPADY NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

Navrhovaná novela nebude mít dopad na životní prostředí ani sociální dopady.

G. ZHODNOCENÍ DOPADŮ NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ VE VZTAHU K OCHRANĚ SOUKROMÍ A OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Návrh neupravuje oblast ochrany soukromí a nakládání s osobními údaji. Navrhované změny se nijak nedotknou ochrany osobních údajů dotčených subjektů. Nijak dotčeny nejsou ani děti do 18 let, které jsou při poskytování zdravotních služeb povinny se prokazovat (samy nebo prostřednictvím zákonného zástupce) průkazem pojištěnce, jak vyplývá z obecné úpravy v ustanovení § 12 písm. h) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

H. ZHODNOCENÍ KORUPČNÍCH RIZIK NAVRHOVANÉHO ŘEŠENÍ

Nepředpokládá se zvýšení korupčních rizik, neboť navrhovaná právní úprava do této oblasti nezasahuje.

II. ZVLÁŠTNÍ ČÁST

Předkládaný návrh vyhlášky stanoví hodnotu bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro jednotlivé segmenty v tomto členění:

V § 8 a v příloze č. 13 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru zubní lékařství

V § 12 se stanoví hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické záchranné služby a poskytovateli přepravy pacientů neodkladné péče.

V § 14 se stanoví hodnota bodu pro hrazené služby poskytované poskytovateli v rámci lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství

V § 15 se stanoví výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, příspěvkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, péče v ozdravovnách

V příloze č. 1 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli akutní lůžkové péče

V příloze č. 1 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče

V příloze č. 2 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovateli v oboru praktické lékařství pro děti a dorost

V příloze č. 3 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli specializované ambulantní péče, včetně poskytovatelů hemodialyzační zdravotní péče a poskytovateli v odbornostech 903, 905, 919 a 927 podle seznamu výkonů

V příloze č. 4 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 603 a 604 podle seznamu výkonů

V příloze č. 5 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče ve vyjmenovaných odbornostech (tj. v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů)

V příloze č. 6 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů

V příloze č. 7 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů

V příloze č. 8 se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby

Popis konkrétních navrhovaných změn v úhradách či mechanismech úhrad pro jednotlivé segmenty je uveden v bodě 2.3 obecné části tohoto odůvodnění.