

## **O výši úhrad na rok 2018 musí rozhodnout ministerstvo**

**Zdroj: Medical Tribune**

**Datum: 06.06.2017**

Dohodovací řízení k úhradám zdravotní péče na rok 2018 skončilo 25. května nedohodou ve valné většině segmentů.

Dohodli se pouze stomatologové, soukromí gynekologové a radiodiagnostické služby, jejich dohody ale pokrývají jen několik procent z celkových výdajů na zdravotní péči. Rozhodnout bude muset ministerstvo zdravotnictví, rozdělovat se má přes 280 miliard korun, zhruba o 13 miliard víc než letos.

Požadovaný nárůst úhrad pro příští rok od všech účastníků dohodovacího řízení činil 21 miliard korun, což výrazně přesahuje očekávaný třináctimiliardový nárůst příjmů systému. Nárůst výdajů na zdravotní péči předpokládá ministerstvo o 13,2 miliardy korun, při zohlednění všech příslibů MZ, a nutných nárůstů to bude podle kalkulací Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) ČR o 15,81 miliardy korun.

Úhradovou vyhlášku musí ministerstvo vydat do konce října. Plánuje zásadní nárůsty pro lůžkovou péči a centrové léky. Ostatní segmenty jsou v podstatě na nule. Konkrétně by lůžkové péči měly příjmy stoupnout o deset miliard korun, na centrové léky by mělo jít víc o 2,2 miliardy korun. Zhruba půlmiliardou se mají kompenzovat doplatky na léky po snížení limitů pro děti a seniory, na růst všech ostatních nákladů počítá ministerstvo s další půlmiliardou.

Předpoklad SZP ČR mluví o nárůstu o 8,3 mld. korun pro lůžkovou péči, 1,8 mld. pro centrovou péči, 0,5 mld. na refundace doplatek, k tomu navíc oproti ministerstvu 1,57 mld. nárůst pro následnou lůžkovou péči, 2 mld. odhaduje SZP ČR nárůst pro ambulantní segment, ostatní náklady 1,6 mld. a mobilní hospice 0,1 mld. korun.

Nulový nárůst pro ostatní segmenty, jak to vyplývá z předpokladů ministerstva, je z pohledu SZP ČR nereálný. Na tiskové konferenci po skončeném dohodovacím řízení prezident SZP ČR Ing. Ladislav Friedrich, CSc., ale také uvedl, že pokud by pojišťovny v těchto segmentech udržely pouze letošní nárůsty, systém veřejného zdravotního pojištění by se příští rok dostal do deficitu 3,6 až čtyři miliardy korun.

SZP ČR se vyjádřil také k důvodům nedohody v dohodovacím řízení, jsou to politické přísliby plošného navyšování platů lékařů v nemocnicích, které vyčerpají finanční prostředky potřebné pro valorizaci cen a zvyšování nákladů na zdravotní péči. Náklady rostou se stárnutím populace i s proplácením moderních nákladných léků ve stále větší míře. Najít shodu mezi poskytovateli, kteří oprávněně usilují o co nejmodernější léčbu, a pojišťovnami, které mají omezené finanční prostředky, o jejichž alokaci ani přímo nerozhodují, je podle Friedricha spíše nereálné.

Podle předsedy zdravotní sekce SZP ČR MUDr. Pavla Frňky se někteří účastníci ani dohodnout nechtěli, "jejich vůle k dohodě byla velmi nízká". I proto podle výkonného ředitele SZP ČR Mgr. Martina Balady nasadili vysoké požadavky v očekávání, že rozhodne ministerstvo, které jim už nárůsty slíbilo.

SZP ČR varuje, že pokud náklady na zdravotní péči stále porostou, nebude stávající forma financování dlouhodobě udržitelná a najít jakoukoli dohodu bude stále těžší. Pro politiky připravil SZP ČR čtyři doporučení, jak dosáhnout finanční udržitelnosti, a věří, že se jimi strany budou v přípravě svých volebních programů inspirovat.

První doporučení směřuje k jasné definici standardu a stanovení pravidel pro ceny za nadstandardní služby.

Definice nároku pojištěnce je nevyrovnaná – je třeba prověřit způsob definování nároku pojištěnce, na co má z veřejného zdravotního pojištění nárok. Pokud nárok existuje, je třeba, aby dostupnost péče byla zajištěna. A naopak, pokud nárok není, aby si občan mohl službu transparentním způsobem zařídit sám, přímou úhradou nebo připojištěním.

Druhé doporučení hovoří o dvousložkovém pojistném. Souvisí s tím, že se nedaří udržet aktivní pozornost občanů a pojištěnců k tomu, jak se hospodaří s jejich penězi. Každý občan zaplatí v průměru ročně 28 000 korun za veřejné zdravotní pojištění, měl by se tedy přiměřeným způsobem zajímat o to, zda s jeho penězi hospodaří systém a pojišťovna správně, nebo jestli by jeho preference mohly být naplňovány lépe. "Nám se v tuto chvíli zdá, že jediný rozumný způsob, jak zvýšit aktivitu a pozornost pojištěnců, té převážné části obyvatelstva, která je čistým plátcem, je zavedení druhé složky pojistného. První složka pojistného má charakter daňového odvodu, druhá složka by mohla být skutečně individuální platbou občana, aby měl cenový signál, jak se s jeho penězi hospodaří. Celkový výběr pojistného by byl zhruba stejný," uvedl Friedrich.

Třetí doporučení směřuje k motivaci pacientů a lékařů k efektivní spolupráci v programech komplexní péče o chronická onemocnění. Systémy by měly lékaře a pacienty k efektivní spolupráci a komplexnímu pohledu motivovat. Předpokládá to ale samostatnou smluvní a cenovou politiku pojišťoven.

Čtvrtým doporučením je stanovení férových cen prostřednictvím cenové konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče. SZP ČR považuje myšlenku kolektivního vyjednávání o cenách za správnou, ale nesmí být eliminována neomezenou kompetencí pro ministerstvo zdravotnictví a pro politiky, protože v takovém případě není o čem jednat. Pokud pojišťovny nemají k dispozici dostatečně pestrou škálu finančních stimulací a pak na své smluvní partnery a o penězích rozhoduje někdo jiný, nezbyvá jim mnoho nástrojů, jak sofistikovanější způsoby poskytování zdravotní péče nasmlouvat, udržet a finančně ocenit, eventuálně uplatnit sankce.

Výkonný ředitel SZP ČR Mgr. Martin Balada podotkl, že účelu, s jakým dohodovací řízení vznikalo, se nedaří v posledních letech dosáhnout. Úhradové vyhlášky se staly nástrojem plnění politických dohod a slibů. "Valnou většinu úhrad stanoví ministerstvo, což do jisté míry pokřivuje systém a vyvolává v účastnících dohodovacího řízení nechuť konstruktivně jednat," řekl. V rámci čtyř doporučení proto je také to, že by se měl vrátit původní smysl dohodovacího řízení, změnit postoje účastníků, aby měli motivaci se dohodnout.

"Přiklání bychom se k určitému omezení kompetencí ministerstva zdravotnictví při vydávání úhradové vyhlášky. Myslíme si, že smluvní volnost a cenová konkurence mezi poskytovateli zdravotních služeb by měla přinést samoregulační principy, aniž by byly cenové limity, které pak ministerstvo uměle dosazuje do úhradové vyhlášky. Slibujeme si od toho omezení růstu nákladů na zdravotní péči tam, kde pro to nejsou objektivní důvody, a možná i žádoucí změnu sítě smluvních poskytovatelů, což by umožnilo hospodárnější nakládání s prostředky," řekl.