

Ústavněprávní přezkum úhradových mechanismů

(shrnutí)

1. Cíl iniciativy

Pro pacienty:

- Odstranit nerovnosti mezi regiony v přístupu k péči, vzniklé v důsledku pravidel nasmlouvání a úhrady péče
- Odstranit faktické překážky v přístupu k péči, vzniklé v důsledku úhradových limitací na straně poskytovatelů

Pro lékaře a poskytovatele:

- Odstranit nerovnosti v úhradách mezi poskytovateli „stejně péče“, vzniklé historicky nebo politicky
- Umožnit lékařům a dalším poskytovatelům vstup do zdravotnického odvětví a zajistit jim férová pravidla úhrad, bez ohledu na region nebo schopnost vyjednávat na pojišťovně

Pro občany:

- Prosadit právo občanů na dobrou správu a na efektivnější vynakládání solidárně vybraných peněz
- Prosadit právo občanů na podíl na správě veřejných věcí („žádné zdanění bez zastoupení“)

2. Právní základ

Dotčená ustanovení Ústavy, Listiny a dalších nadzákoných předpisů:

- Čl. 31 Listiny, právo na bezplatnou péči na základě veřejného pojištění, na základě zákona
- Čl. 26 Listiny, právo na podnikání
- Čl. 36 Listiny, právo na spravedlivý proces
- Čl. 21 Listiny, právo na účast na správě věcí veřejných, zákaz diskriminace, evropské soutěžní právo

Ustanovení zákonů k přezkumu:

- § 17 odst. 5 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (úhradová vyhláška, dodatky, limitace) a aktuální úhradová vyhláška 353/2017 Sb. pro rok 2018 (případně vyhláška pro 2019)
- § 17 odst. 2 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (rámcové smlouvy, veřejný zájem)
- § 17 odst. 4 a § 17b zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (tvorba seznamu výkonů) a vyhláška 134/1998 Sb. o Seznamu výkonů
- § 46 - § 52 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (pravidla uzavírání smluv, výběrové řízení), dále § 15 odst. 10 zákona 48/1997 Sb. a § 112 a §113 zákona 372/3011 Sb. o smlouvách se specializovanými pracovišti a navazující předpisy

3. Podpora, spolupráce, podpůrná stanoviska

- Skupina senátorů, zastupitelstva krajů
- Veřejný ochránce práv
- Vybrané profesní asociace, poskytovatelé a pacientská sdružení
- Zveřejněná data a aktuální legislativní plány ministerstva zdravotnictví

4. Nástin problému úhradových vyhlášek v číslech a grafech

Dle úhradových vyhlášek se rozpočty nemocnic (i dalších poskytovatelů) určují v závislosti na tzv. historické referenci. To znamená, že nemocnice, která byla v referenčním roce, typicky předloni, nákladná a bohatá, dostane i v budoucích letech přiděleno více peněz, bude moci přijímat více pacientů a léčit je dražšími a modernějšími metodami, a přesto vytvářet zisky. Naopak nemocnice, která byla předloni levná a chudá, dostane přidáno méně peněz, takže bude muset mnoho pacientů odmítnat a léčit je nedostatečně, nebo bude ve ztrátě.

Tento systém „historických referencí“ vznikl před rokem 2000 a měl být přechodný, ve skutečnosti už funguje víc než dvacet let. Nejvíce vyhovuje velkým státním nemocnicím, které byly již na počátku drahé a bohaté, ale také některým menším zařízením s „predátorským“ přístupem, které si v určité době vyjednaly „lepší start“. Nejvíce škodí středním a malým regionálním nemocnicím, vlastněným kraji nebo obcemi, které musí dotovat těmto nemocnicím provozní ztráty a obnovu vybavení. Tyto nemocnice si totiž nevydělají ani přesto, že poskytují potřebnou péči a s nízkými náklady.

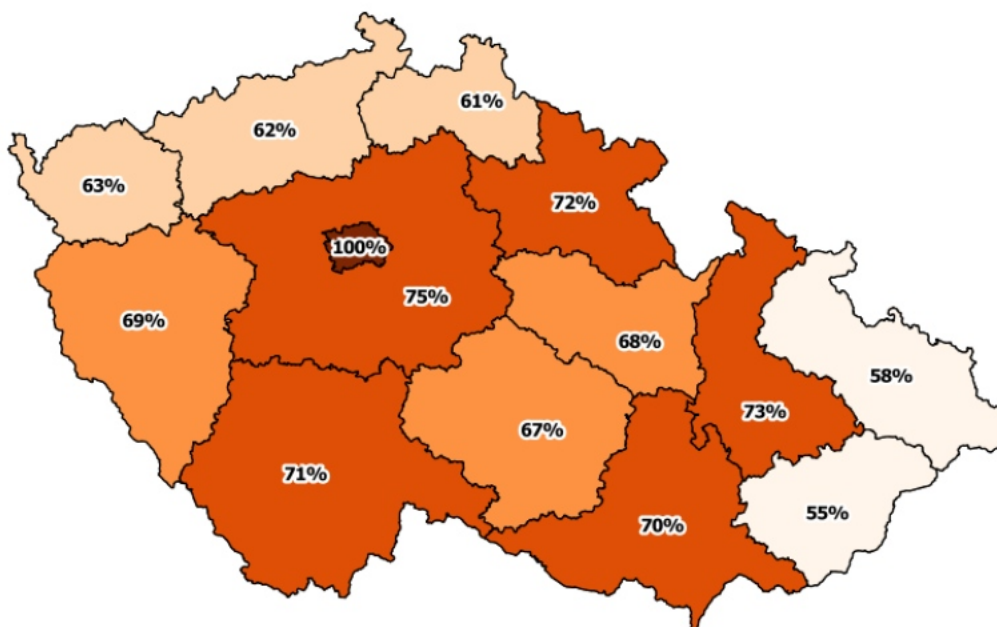
To dopadá i na pacienty, protože v krajích s nespravedlivě podfinancovanými nemocnicemi se zhoršuje přístup k péči, nebo klesá její kvalita. Následující graf ukazuje rozdíly ve financování nemocnic dle krajů, v přepočtu na obyvatele kraje. Je pravdou, že někteří pacienti za péčí cestují (viz např. Prahu a Středočeský kraj), pohyb pacientů ze vzdálenějších krajů však neodpovídá obrovskému rozdílu ve financování (viz např. Zlínsko nebo „severozápadní pruh“ republiky).



Přesně je to vidět na dostupnosti nákladných moderních tzv. „centrových“ léčiv v jednotlivých krajích. Jde například o tzv. biologickou léčbu na rakovinu, roztroušenou sklerózu nebo revmatická onemocnění. Procenta v následujícím grafu vyjadřují, kolik se vynaloží na moderní léčbu pacientů s bydlištěm v Praze, v porovnání s výdaji na moderní léčbu pacientů v jiných regionech. V tomto grafu jsou již zohledněni i pacienti např. ze Zlínska, kteří dojíždějí do Brna, nebo z Ústecka, kteří dojíždějí do Prahy. I se započtením

tohoto faktoru platí, že šance občana Zlínského kraje na přístup k biologické léčbě jsou oproti občanu Prahy jen zhruba poloviční. Takový rozdíl v nemocnosti mezi kraji samozřejmě není.

Dostupnost centrové léčby v ČR 2015 v procentech (Praha = 100%)



Nejde však jen o nemocniční péči, chyby ve smluvní a úhradové politice se projevují i v ambulantní péči a u nelékařských poskytovatelů. Průměrná úhrada na tzv. unikátního pojištěnce, tedy na jedno rodné číslo, se mezi kraji liší i čtyřnásobně. I zde se jedná o důsledek nespravedlivě nastavených regulací v úhradové vyhlášce. Horší finanční limity znamenají, že poskytovatelé buďto musejí poskytovat péči „zadarmo“ - péči poskytnou, vykážou, ale pojišťovna jim ji neuhradí, nebo jim ji strhne ze záloh v příštím roce (lékaři tomu říkají „pokuta za překročení limitů“). Nebo otrlejší poskytovatelé drahé pacienty odmítají, posílají je k jiným lékařům nebo jim odmítají provést či předepsat nákladnější výkony, léky a pomůcky. Následující tabulka se týká odbornosti 925, domácí péče.

**Průměrná úhrada za výkony (za body) včetně ZUM a ZULP
na jednoho unikátního pojištěnce v odbornosti 925 (Kč)**

Kraj poskytovatele	2014	2015	2016
01 - Hlavní město Praha	20 378,3	20 914,3	20 627,4
02 - Středočeský kraj	9 874,4	10 379,8	10 575,6
03 - Jihočeský kraj	7 756,6	8 001,4	8 336,4
04 - Plzeňský kraj	11 384,2	11 476,6	11 870,7
05 - Karlovarský kraj	12 200,3	12 951,3	12 410,2
06 - Ústecký kraj	9 816,4	10 424,9	10 689,0
07 - Liberecký kraj	9 415,8	9 945,3	10 111,2
08 - Královéhradecký kraj	7 722,0	7 838,1	7 754,0
09 - Pardubický kraj	8 815,6	9 067,5	10 043,9
10 - Vysočina	9 821,9	9 822,7	11 507,6
11 - Jihomoravský kraj	7 943,4	7 895,0	8 153,6
12 - Olomoucký kraj	8 718,4	8 216,0	8 445,4
13 - Moravskoslezský kraj	6 387,1	6 586,0	6 285,0
14 - Zlínský kraj	5 675,8	5 708,7	4 186,5

Pozn.: bez zahrnutí dopravních výkonů

5. Právní možnosti ústavního přezkumu

Úhradové vyhlášky byly již před Ústavním soudem úspěšně napadeny v minulosti. V roce 2014 zrušil Ústavní soud nálezem Pl. ÚS 19/13 úhradovou vyhlášku pro rok 2013, bohužel Ministerstvo zdravotnictví názory Ústavního soudu nerespektovalo a v následujících letech vydalo úhradové vyhlášky ve srovnatelně problematické podobě.

Potřebu změny uznaly všechny vlády po roce 2010 a vyjádřily ji ve svých programových prohlášeních:

- 2010: *Vláda změní podmínky současného systému tak, aby bylo možné co nejrychleji zavést institut reálné ceny, který nahradí současný netransparentní bodový systém.*
- 2014: *(Vláda) zavede předvídatelný, stabilní a průměrným nákladům odpovídající systém úhrad pro všechny typy zdravotní péče. Podle principu „za stejný rozsah a srovnatelnou kvalitu péče“ bude hrazena stejná úhrada.*
- 2018: *Dokončíme revizi úhrad zdravotní péče na bázi Diagnosis-related group (DRG) a zavedeme další motivační úhradové mechanismy tak, aby peníze šly více „za pacientem“.*

Dodnes však žádná z vlád tento závazek nenaplnila, v prostředí současné hospodářské konjunktury není dostatečná motivace tento politicky pracný úkol splnit. Je ale nežádoucí zachovávat současný neefektivní stav a čekat s potřebnými změnami až do doby, kdy si je vynutí krize.

Cílem předkládaného podnětu k ústavněprávnímu přezkumu úhradové vyhlášky je tento žádoucí proces změny podpořit a urychlit.