

# Lékaři i pacienti v pasti

Nepohybujeme se v právním státě a úhradová vyhláška tomu nasadila korunu

**Zdravotní péče je v ohrožení, a pokud se nezmění celkový přístup ze strany politiků, řítíme se do propasti. A to nejen ambulantní specialisté, kterým je vláda ČR ochotna podle slov prezidenta České lékařské komory Milana Kubka zaplatit pouze za pět rohlíků, ale nutí je k tomu, aby za tyto peníze prodávali rohlíků deset. Navržená úhradová vyhláška pro příští rok mění tolik pravidel, že bude mít dopad na všechny a v konečném důsledku nejvíce na pacienty. Tak by se dalo shrnout jednání ambulantních specialistů, které se v Domě lékařů konalo ve středu 23. října.**

Proč jsou ambulantní specialisté v ohrožení? A potažmo všichni soukromí lékaři? Představte si třeba pekaře, který podniká. Nakoupí určité množství vstupních surovin, musí zaplatit lidi, nájem, energie a pak si nasadí cenu za pečivo, aby pokryl nejen tyto náklady, ale taky vygeneroval zisk. Jednoduchý podnikatelský model ve zkratce.

Jenže lékaři fungují trochu jinak. Většina ambulantních specialistů má soukromou ambulanci, a aby jejich pacienti mohli čerpat péči v rámci veřejného zdravotního pojištění, mají smlouvy s pojišťovnami. Kdyby neměli, museli by si pacienti hradit zdravotní péči ze svého.

Jenže tato spolupráce je regulovaná. „*Příjmy ambulantních lékařů pracujících na smlouvu se zdravotní pojišťovnou jsou tvrdě regulované Ministerstvem zdravotnictví. Možnost „přivýdělku“ je jen minimální. Zvýšené náklady, ale ani vysokou míru poptávky po službách nemohou na rozdíl od ostatních podnikatelů promítnout do svých cen,*“ uvedl na společném setkání ambulantních specialistů Milan Kubek. Přitom jejich náklady zůstávají stále tržní.

I kdyby tedy například pacient vyčerpal u některého lékaře limit a chtěl by si za pokračující léčbu připlatit, není to možné. Lékař ho musí poslat k jinému lékaři, který ještě limit u pojišťovny na danou péči u daného pacienta nevyčerpal. O tom se moc neví a nemluví, ale v praxi se to běžně děje.

## Není kam utéct

Z hlediska úhrad ve zdravotnictví se podle lékaře a internisty specializujícího se na onemocnění cév a na akutní péči MUDr. Tomáše Hauera nepohybujeme v právním státě. Na jedné straně máme judikaturu a na straně druhé úhradovou vyhlášku, která je v přímé opozici toho, co je v judikatuře stanoveno.

„*Stát poptává a objednává poskytování určitého objemu zdravotní péče v určité kvalitě a dostupnosti. Rámuje to úhradovou vyhláškou, ale zároveň i řadou jiných právních norem, například trestním zákoníkem. Když totiž nebude zdravotní péče dostupná ve chvíli, kdy by dostupná být měla, nebo by byl úkon proveden nedbalostně, tak to neznamená jen finanční*

*dopad, ale lékař může skončit v pařátech trestního řízení. Na druhou stranu stát není schopen za poskytnutou péči zaplatit správnou cenu a pokrýt nám naše náklady.*

*Zároveň není pacientům schopen říct, že budto bude zdravotní péče ve velkém rozsahu a ve výborné kvalitě, ale za vyšší cenu. Tedy bud se zvýší platby státu za tzv. státní pojištěnce, nebo zvýšením zdravotního pojištění či spoluúčastí pacientů. Nebo stát nebude garantovat dostupnost a kvalitu zdravotní péče či péče bude méně. Není možné zachovat status quo, protože jediný, na koho to dopadne, jsou poskytovatelé, a na ministerstvu zdravotnictví tak nějak vědí, že nemáme kam utéct, protože máme v ambulancích zainteresovaný svůj čas, svoji energii, svoje životní odkazy, svoje hypotéky a úvěry,*“ vysvětlil Tomáš Hauer.

Absurditu úhrad dokládá příklad uvedený na konferenci. Úhradová vyhláška totiž rozděluje výši úhrad prostřednictvím rozdílné hodnoty bodu do čtyř kategorií. Například jeden a ten samý výkon sonografického vyšetření dvou a více cév je tak prováděn atestovaným internistou (odbornost 101), angiologem (od-

bornost 102) a kardiologem (107) při stejné odbornosti a stejných nákladech na přístroje a spotřební materiál za tři různé úhrady:

- 1024,60 Kč pro odbornost 101;
- 1046,40 Kč pro odbornost 102;
- 1090,00 Kč pro odbornost 107.

„Lepší reflexe materiálových a přístrojových nákladů pro jednotlivé odbornosti jako důvod pro diverzifikaci základní hodnoty bodů tedy zjevně není naplněna. Toto rozdělení přitom nijak nediferencuje kvalitu provedeného vyšetření, erudici vyšetřujícího ani kvalitu přístroje. Jen zcela tupě arbitrárně třídí jednotlivé odbornosti na základě nejasného klíče, ke kterému nikdy nebyla poskytnuta žádná data,“ okomentoval příklad Hauer.

### Úhradová vyhláška a dopady v plné kráse až v roce 2026

Úhradová vyhláška nemá snad žádné zastánce, což ukazují i možné protesty praktiků (ti nakonec od protestů po dohodě s ministrem zdravotnictví Vlastimilem Válem ustoupili). Ambulantní specialisté a Rada Asociace českých a moravských nemocnic zvažují dokonce iniciování řízení před Ústavním soudem. Tento návrh padl i na setkání ambulantních specialistů.

Navržená úhradová vyhláška má ve shrnutí podle právničky a lékařky MUDr. Dagmar Záleské čtyři hlavní problémy. Nenastavuje úhradové podmínky, které na úrovni jednotlivých poskytovatelů s jistotou zajistí pokrytí účelně vynaložených nákladů a tvorbu přiměřeného zisku. Nezlepšuje úhrady za výkony, které obsahují práci nositele výkonů, a nezohledňuje tak reálný nárůst mzdových nákladů v ambulantní sféře.

Zatřetí prohlubuje a zavádí nové nerovnosti v úhradách za stejné výkony. A nakonec významně zvyšuje riziko dopadu regulací na poskytovatele a nezavádí možnost kompenzace v situaci, kdy poskytovatel musí regulační limit překročit v důsledku plnění smluvních povinností.

„Již letošní úhradová vyhláška neguje va-

lorizaci ceny práce, zavádí rozdílnou hodnotu bodu. Je to chaotické, netransparentní. Jsou možná rizika korupce, která za tím mohla být. Výsledkem je, že za stejný výkon dostávají různé odbornosti různou úhradu, což ukázal i příklad výše. Rovněž došlo k poklesu bonifikací pro držitele diplomu celoživotního vzdělávání České lékařské komory. Ministerstvo zdravotnictví patrně vzdělané lékaře nepotřebuje,“ konstatoval Milan Kubek.

Problém ale je, že tyto negativní trendy se mají propsat a opakovat i v úhradové vyhlášce na příští rok. Jenže dopady této vyhlášky se naplno negativně projeví až v roce 2026, což už ale bude současné politické reprezentaci jedno. Lze to nazvat paradoxem časového posunu. Proč?

Na jaře 2024 probíhalo dohodovací řízení o úhradách na rok 2025. Po jeho skončení na podzim Ministerstvo zdravotnictví zveřejňuje návrh úhradové vyhlášky, kterou vydá do 31. října. Pro běžného lékaře se nic zajímavého neděje. Poté budou následovat jednání se zdravotními pojišťovnami o úhradových dodatcích.

„Některé pojišťovny s námi jednat budou a některé nebudou. Během roku 2025, i když je tam určitá výjimka týkající se zálohových plateb na příští rok, se toho také zdánlivě moc dít nebude, protože soukromí lékaři jsou placeni zálohově a ty zálohy poběží a cash flow praxe bude zajištěno. Teprve v pololetí roku 2026 dopadne letos navrhovaná úhradová vyhláška na jednotlivé soukromé lékaře natvrdo. V momentě, kdy už se s ní ale samozřejmě nebude dít vůbec nic dělat. A na tento časový posun politici spoléhají,“ popsal situaci prezident ČLK.

### Zdravotnictví jako priorita? Nevypadá to tak

Nakonec se problematika točí kolem toho, jestli peníze jsou, nebo nejsou. Politici i zdravotní pojišťovny tvrdí něco a statistiky a čísla zase něco trochu jiného.

Jednotlivé zdravotní pojišťovny měly

ke konci září na účtech bezmála 50 miliard korun. „Navíc si připomeňme, že v září 2022 vrátil pan ministr zdravotnictví Vlastimil Válek do státního rozpočtu 14 miliard korun, které odebral z plateb za státní pojištění, s odůvodněním, že systém veřejného zdravotního pojištění má dost a tyto peníze jsou zbytečné,“ připomněl Milan Kubek.

Námítkou je, že se směšují všechny fondy zdravotních pojišťoven. Například zdravotní fondy určené na prevenci nebo na jejich provoz. Proto je potřeba se podívat na tzv. základní fond zdravotních pojišťoven, který slouží k úhradě zdravotní péče a nemůže ze zákona sloužit ničemu jinému.

Ani na tomto fondu ale nejsou pojišťovny na nule a mají tam nyní zhruba 15,3 miliardy korun. „Zůstatek sice klesá, ale rezervu stále mají. Peníze jsou, ale ne pro nás,“ dodal Kubek.

### Zůstatky na účtech zdravotních pojišťoven

|               | 9/2024            |
|---------------|-------------------|
| 111 VZP       | 34 550 656        |
| 201 VoZP      | 1 562 114         |
| 205 ČPZP      | 4 468 554         |
| 207 OZP       | 2 313 263         |
| 209 Škoda     | 578 996           |
| 211 ZPMV      | 4 818 586         |
| 213 RBP       | 1 480 237         |
| <b>Celkem</b> | <b>49 790 407</b> |

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR

Co nakonec ze společného setkání ambulantních specialistů vzešlo? Prezident ČLK to shrnul asi takto: „Začíná boj o přežití, protože čelíme brutálnímu okrádání.“ Podle Kubky je zaprvé nezbytné informovat lékaře, jak přežít úhradovou vyhlášku, proto ČLK bude připravovat sérii rad a doporučení. Zadruhé budou na pořadu dne protesty. „Nestačí ale jen zavřít na dva dny ordinace, protože to se pak jen pojišťovny zaradují, že ušetřily. Půjde o dlouhodobý boj, který by měl změnit celý systém,“ konkretizoval Kubek.

Nakonec je nezbytné kroky koordinovat i s ostatními lékaři, protože celý problém nesystémovosti a chaosu se netýká jen ambulantních specialistů.

„Nedokážu si třeba představit nemocniční lékaře, které ministr Válek podvedl, když nedodržel z loňska to, k čemu se zavázal, že by si to nechali líbit. Budou nejspíše také protestovat. Není žádná zázračná řešení, ale bude to na delší dobu. My však nehrajeme o procenta, ale o přežití,“ uzavřel setkání Milan Kubek.

Pavlaína Zítková

### Peníze na základních fondech zdravotních pojišťoven

|               | 9/2022            | 9/2023            | 9/2024            |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 111 VZP       | 14 731 336        | 13 760 586        | 11 223 416        |
| 201 VoZP      | 675 684           | 424 717           | 968 763           |
| 205 ČPZP      | 3 297 264         | 1 865 682         | 1 155 593         |
| 207 OZP       | 1 447 418         | 536 064           | 569 722           |
| 209 Škoda     | 620 868           | 227 724           | 195 080           |
| 211 ZPMV      | 1 734 504         | 710 408           | 591 474           |
| 213 RBP       | 1 664 775         | 852 617           | 619 365           |
| <b>Celkem</b> | <b>24 171 849</b> | <b>18 377 798</b> | <b>15 323 413</b> |

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR

# Máme důvod být naštvaní a máme právo protestovat

**České zdravotnictví je chronicky podfinancované. Slušná úroveň medicíny a stále ještě ucházející, byť postupně se zhoršující dostupnost zdravotní péče, to vše je vykoupeno špatným ohodnocením práce zdravotníků, kteří jsou nuceni na úkor svých vlastních příjmů nedobrovolně systém dotovat.**



Svůj zásadní význam zdravotnictví prokázalo například v letech covidové epidemie. V těžkých časech, kdy politici nenašli dostatek odvahy přijímat opravdu účinná protiepidemická opatření, chod ekonomiky i celé společnosti závisel na obrovském pracovním nasazení lékařů, zdravotníků a dobrovolníků, kteří nám pomáhali. V té době se politici předháněli v tom, kdo z nich nám bude více děkovat a kdo si na naší práci lépe přihřeje svoji polívčičku.

Dozvuky epidemických vln však ještě ani nestačily odeznít a už zas bylo vše při starém. Nejrůznější „reformátoři“, kteří byli během epidemie zalezlí, začali znovu kázat svá moudra o „přebujelé síti nemocnic“, které je třeba rušit,

o „nízké obloženosti lůžek“ na odděleních, která je třeba zavírat, o „nadměrném počtu ambulantních specialistů“... Stále stejná písnička.

## Výdaje na zdravotnictví v ČR zůstávají pod úrovní EU

V covidových letech se razantně zvýšily výdaje na zdravotnictví nejenom u nás, ale všude. Jinak nešlo epidemií zvládat. Pokud bychom místo toho na dlouhé měsíce zastavili ekonomiku, vyšlo by nás to jistojistě mnohem draž. I když se na epidemii možná někdo „napakoval“, například na předražených antigenních testech, nakonec byly všechny ty utracené peníze dobrou investicí.

Dodatečné výdaje spojené se zvládáním epidemie a současný ekonomický pokles, ke kterému docházelo, společně zapříčinily zvýšení podílu výdajů na zdravotnictví na hrubém národním produktu (HDP) ve všech vyspělých zemích. A společný je i současný pokles tohoto ukazatele.

Česká republika ve výdajích na zdravotnictví zůstává stále pod průměrem států Evropské unie. Covid na tom nic nezměnil.

## Nízká platba za státní pojištěnce

Základní příčinou ekonomických problémů našeho zdravotnictví je to, že stát platí příliš málo za tzv. státní pojištěnce, tedy důchodce, děti, nezaměstnané, uprchlíky... Samotný princip této zástupné platby, který by čas od času chtěl některý z ministrů financí rušit, je přitom až geniálně jednoduchý. Za minimálních

vedlejších nákladů zajišťuje stoprocentní „výběr“ tohoto pojistného. Pokud by byla tato zástupná platba zrušena a dané skupiny obyvatel si měly pojištění platit samy, musel by stát v první řadě razantně zvýšit veškeré důchody a většinu sociálních dávek a současně zavést významné daňové úlevy pro rodiče. Asi by to bylo možné, ale jistě zbytečné. Obrovská byrokracie a s ní spojené vedlejší náklady. Navíc, dovedete si někdo představit, jak by pojišťovny „páčily“ peníze třeba z bezdomovců či jiných nepřízpůsobivých občanů? Já ne. Nakonec by zůstalo zdravotnictví škodné.

Princip zástupné platby je samozřejmě třeba zachovat. Problémem však zůstává to, že stát platí málo. Pro představu, za cca 60–65 procent populace dostávají pojišťovny pouhých cca 25–30 procent celkového pojistného. Odhlédneme od toho, že právě tyto skupiny tzv. státních pojištěnců spotřebovávají, samozřejmě ne svojí vlastní vinou, nejvíce zdravotní péče.

Výše platby za tzv. státní pojištěnce, o které rozhoduje vláda ČR svým nařízením vydávaným do 30. června vždy na následující rok, je právě tím nástrojem, který umožňuje vládnoucím politikům vyjádřit to, zda pro ně zajištění zdravotní péče pro pacienty je, či není prioritou.

## Vývoj výše měsíční platby za tzv. státní pojištěnce

|                |                             |
|----------------|-----------------------------|
| Od 1. 1. 2020: | 1 067 Kč (+49 Kč)           |
| Od 1. 6. 2020: | 1 567 Kč (+500 Kč)          |
| Od 1. 1. 2021: | 1 767 Kč (+200 Kč)          |
| Od 1. 1. 2022: | 1 967 Kč (+200 Kč)          |
| Od 1. 9. 2022: | 1 487 Kč                    |
|                | (–480 Kč) ztráta 14 mld. Kč |
| Od 1. 1. 2023: | 1 900 Kč (+413 Kč)          |
| Od 1. 1. 2024: | 2 085 Kč (+185 Kč)          |
| Od 1. 1. 2025: | 2 127 Kč (+ 42 Kč)          |

Počátkem covidové epidemie rozhodla vláda Andreje Babiše o mimořádné valorizaci této platby v atypickém termínu od 1. 6. 2020 o nevídaných 500 korun. Zdravotnictví bylo prioritou.

Na návrh ministra Války, či minimálně s jeho souhlasem, naopak vláda Petra Fialy rozhodla opět o mimořádném, tentokrát však naopak

## Výdaje na zdravotnictví jako procento HDP

|                | 2015  | 2019  | 2020  | 2022  |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| Německo        | 11,18 | 11,7  | 12,82 | 12,65 |
| Francie        | 11,44 | 11,1  | 12,16 | 12,10 |
| Rakousko       | 10,37 | 10,4  | 11,47 | 11,35 |
| Španělsko      | 9,13  | 9,1   | 10,71 | 10,39 |
| Itálie         | 8,86  | 8,66  | 9,63  | 9,00  |
| Česko          | 7,20  | 7,60  | 9,24  | 9,09  |
| EU 15          | 10,24 | 10,29 |       |       |
| Velká Británie | 9,90  | 10,15 |       | 11,34 |

Zdroj: Health at a Glance 2023

snížení této platby od 1. 9. 2022 o 480 korun. Zdravotnictví, které pro ni nebylo prioritou, tak přišlo o 14 miliard korun. Ministr Válek toto bezprecedentní rozhodnutí tenkrát zdůvodňoval tím, že zdravotní pojišťovny mají peněz dost.

To však nebyl konec. I po celý rok 2023 totiž zůstala platba státu pod úrovní té z roku předcházejícího. Rozhodnutím vlády tak došly zdravotní pojišťovny v těch zmiňovaných inflačních letech nominálně o 20 miliard korun méně, než se dalo očekávat. Skvělá práce tandemu Válek–Stanjura.

### **Válkova valorizace – poukázka na trvalou chudobu**

Výměnou za mimořádné snížení platby za státní pojištění pan ministr Válek získal zákonný závazek pravidelné valorizace této platby oproti oné částce snížené na 1900 korun. Od 1. 1. 2024 se tedy platba státu má každoročně navyšovat o míru předcházející inflace, což má alespoň dodatečně zajistit, že hodnota těchto peněz zůstane zachována. V případě růstu reálných mezd o nějaké to procento by měla platba navíc stoupnout o polovinu tohoto procenta. Tato „jistota“ bohužel není ničím jiným než poukázkou na trvalou chudobu českého zdravotnictví. To nám dal kolega Válek pěkný dárek.

Navíc, pokud se ekonomika rozjede a reálné mzdy porostou, budou se stále více nespravedlivě rozevírat nůžky mezi tím, co platí stát, a tím, co odvádějí zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé. To je matematika.

A výsledek Válkova snažení? Od 1. 1. 2025 se platby za státní pojištění zvýší o zanedbatelných 42 korun, tedy nejméně od roku 2016.

### **Seznam zdravotních výkonů jako základní ceník**

Seznamem zdravotních výkonů je základním dokumentem, kterým by se měly řídit platby

za zdravotní péči. Každý výkon, jehož bodové ohodnocení tato vyhláška určuje, je popsán ve svém vlastním tzv. kalkulačním listu stran nákladů nezbytných na jeho řádné provedení. Potřebný čas, přístrojové vybavení, materiál, ale i kvalifikace a počet potřebných zdravotníků. Pokud budou započítané ceny veškerých těchto vstupů reálné, bude seznam zdravotních výkonů opravdovým ceníkem, který zohlední skutečné náklady poskytovatelů včetně důstojné ceny práce a umožní jim dosahovat přiměřeného zisku. Ostatně v tomto duchu rozhodl v minulosti Ústavní soud, když zrušil úhradu vyhlášku.

Nákladové proporce mezi jednotlivými výkony stanoví právě ty kalkulační listy určující počet bodů. Inflaci a růst cen by pak měla každoročně vyrovnávat rostoucí hodnota bodu. Ministr Válek však ekonomická pravidla nerespektuje.

Seznam zdravotních výkonů je závazný pro všechny zdravotní pojišťovny, které by už z jeho podstaty měly platit všem zdravotnickým zařízením za identické výkony stejně. Bez splnění této podmínky samozřejmě nelze objektivně posuzovat efektivitu jednotlivých zdravotnických zařízení. Současný chaos v úhradách vyhovuje těm nejsilnějším predátorům, kteří se pohybují zdravotnickou džunglí. Fakultním nemocnicím, které mají stabilní zastání v osobách ministrů, a zdravotnickým řetězcům, jež si dokážou otevřít vrátka do zdravotních pojišťoven a „vytěžují“ slabá místa regulačních omezení.

Zdravotnická zařízení musejí být schopna vydělat si nejenom na provoz, ale i na investice. Zatímco nemocnice mohou spoléhat na nejrůznější dotace, tak soukromým lékařům nikdo nic nedá. Co na to Úřad na ochranu hospodářské soutěže?

### **Cena práce – sjednocující společný zájem všech zdravotníků**

Zvyšování ceny práce započítané v seznamu zdravotních výkonů je základním předpokladem spravedlivého růstu úhrad, který zas je podmínkou udržitelného růstu platů a mezd. Některé odbornosti využívají více přístrojů, případně spotřebovávají více materiálu, jiné méně. V tom se mezi sebou liší třeba chirurgie a interna. Cena práce obdobně kvalifikovaného lékaře však musí být napříč odbornostmi stejná. A je v našem zájmu, aby byla důstojně vysoká. Aby si lékař za běžnou ordinaci dobu vydělal nejenom na svoji mzdu a odvody, ale také na čas své dovolené, na dobu nezbytnou pro vzdělávání, na čas strávený administrativou, ale i na případnou pracovní neschopnost...

### **Díky komoře se cena práce všech nositelů výkonů v SZV zvyšuje**

Zvýšení ceny práce, které se mi podařilo vyjednat ještě s tehdejšími premiérem Babišem, považuji za jeden ze svých největších úspěchů ve funkci prezidenta ČLK. Po letech stagnace se cena práce zvýšila od 1. 1. 2021 o deset procent a od 1. 1. 2022 o dalších deset procent. Zároveň jsme prosadili i pravidelnou valorizaci o míru inflace. Od 1. 1. 2023 o 3,8 procenta a od 1. 1. 2024 o 15,1 procenta. Od ledna 2025 se cena práce zvýší o dalších 10,7 procenta. Pro plně kvalifikovaného lékaře (L3) to bude 819 korun za hodinu dle SZV.

### **Úhradová vyhláška pro rok 2024 naši práci znehodnocuje rozdílnou cenou bodu**

Zvýšení ceny práce, prosazené komorou, mělo zmírnit historické nespravedlnosti. Bohužel úhradová vyhláška platná v letošním roce tento náš úspěch do značné míry znehodnotila. Sdružení ambulantních specialistů (SAS) vede-

né dr. Jojkem si s ministrem Válkem vyjednálo rozdílné hodnoty bodu pro různé odbornosti v ambulantní specializované péči. Aby ty bohatší, přístroji více vybavené odbornosti (např. kardiologie), zůstaly bohaté a ty chudé, které jsou více závislé na klinických vyšetřeních, a tedy ceně lidské práce (např. interna), zůstaly chudými.

Tento neblahý trend bude bohužel trvat i v příštím roce. Nic na tom nezměnily připomínky uplatňované naší komorou. I v roce 2025 tak zůstane ministerská úhradová vyhláška symbolem chaosu, netransparentnosti, protěkce a potenciální korupce.

## Proč se soukromí lékaři brání ministerské zvůli?

Vysvětlením je paradox časového posunu. Soukromí lékaři, udření ve svých ordinacích, ze kterých ambulantní specialisté často nemají ani možnost odskočit si na kongres či na přednášku, nemají čas na to, aby se zabývali složitými a úmyslně netransparentními klikami úhradových vyhlášek. V tomto případě bezesbytku platí, že stále delší a komplikovanější texty s nerosozumitelnými matematickými vzorci těchto vyhlášek slouží v první řadě k tomu, abychom si nevšimli toho, jak jsme okrádání. O to více bych doporučil všem soukromým lékařům, aby sledovali analytické materiály a doporučení připravené našimi právníky.

Dohodovací řízení o úhradách na rok 2025 s pojišťovnami probíhalo už na jaře roku 2024. Česká lékařská komora v jeho rámci hájí zájmy svých členů na základě plných mocí, které nám soukromí lékaři udělují. Čím více plných mocí máme, tím větší silou disponujeme, a tím máme větší možnost vám pomáhat. Plnou moc pro ČLK-o.s. je však třeba zasílat už v předstihu. Nejpozději do konce ledna. Tedy právě nyní je ta nejlepší chvíle, abyste se rozhodli nechat se zastupovat tou nejsilnější profesní organizací. Nesmíme dopustit, abychom i za rok dopadli zase tak jako letos.

Díky mantinelům nastaveným ministrem Válkem tak, že nám pojišťovny nesmějí platit více, byly letos dohody prakticky nemožné.

Po ukončení dohodovacího řízení zveřejňuje na podzim ministerstvo návrh úhradové vyhlášky, který by měl, ale nemusí zohledňovat výsledky našich jednání s pojišťovnami. Poté nastává čas na připomínkování návrhu. Vloni se s námi ministr Válek nebavil vůbec, ale také letos jeho ministerstvo všechny naše připomínky odmítlo. V zákonem stanoveném termínu do 31. 10. pak ministerstvo úhradovou vyhlášku vydává.

Další fází bývá jednání s pojišťovnami

o úhradových dodatecích. Většina pojišťoven bohužel jakákoliv jednání odmítá a bez diskuse rozesílá úhradové dodatky, které naštesti nemusí podepisovat nikdo, kdo v textu dodatku pro své zdravotnické zařízení nenalezne nějakou výhodu oproti znění úhradové vyhlášky. Bez vašeho podpisu vám pojišťovny beztak musejí platit dle vyhlášky. Vlastní důstojnost má také svoji hodnotu. Ministr má moc rozhodnout, že mi budou pojišťovny za práci platit málo, ale nemůže mě donutit, abych podepsal, že s takovým okrádáním souhlasím.

Během roku 2025 budou zdravotnická zařízení dostávat měsíčně zálohové platby. Ve většině případů se stále nebude dít nic dramatického. V pololetí 2026 však na soukromé lékaře dopadne s plnou vahou vyúčtování péče za rok 2025. A to bude průšvih. Avšak v té době již doslova a do písme bude platit povzdech, že je „pozdě bychla honit“.

Zkrátka, bránit se musíme dopředu!

## Peníze jsou, ale ne pro nás

Zatímco v září 2022 ministr Válek bohorovnost, s níž vrátil 14 miliard korun do státního rozpočtu, zdůvodňoval tím, že zdravotní pojišťovny mají peněz dost a stát málo, tak v současnosti stejně „přesvědčivě“ tvrdí, že pojišťovny nemají peníze na zvýšení platů a mezd zdravotníků v nemocnicích ani na důstojnou valorizaci úhrad pro soukromé lékaře, která by nám alespoň kompenzovala obrovskou inflaci (15,1 procenta v roce 2022 a 10,7 procenta v roce 2023). Ani jedno z obou tvrzení není pravdivé. Těch zahozených 14 miliard samozřejmě chybí, ale pojišťovny ani tak bez peněz nejsou. V září letošního roku měly na svých účtech dohromady bezmála padesát miliard korun. Ekonomická situace pojišťoven je však rozdílná. Zatímco VZP má přepočteno na svého jednoho klienta v bankách 5,5 tisíce, tak OZP tři tisíce a VoZP jen cca dva tisíce korun. Pokud má nějaká zdravotní pojišťovna problém, pak by ho měl ministr řešit a ne jeho důsledky přehazovat na nás lékaře.

Pojišťovny mají celou řadu fondů. Tím nejpodstatnějším je tzv. základní fond, který slouží přímo k úhradám zdravotní péče.

Zůstatky na základních fondech pojišťoven se sice snižují (těch Válkem zahozených 14 miliard chybí), ale přesto zůstávají slušné.

V důvodové zprávě ke zveřejněné úhradové vyhlášce odhaduje ministerstvo nárůst výběru pojistného v roce 2025 o 27,4 miliardy korun. Platy a mzdy prostě v ČR porostou. Navíc je třeba upozornit, že podobné odhady bývají ze strany ministerstva účelově podhodnocené. Většinou se vybere více.

Bohužel z oněch 27,5 miliardy se 11 miliard korun má z rozhodnutí ministra Válka a vlády nakumulovat na účtech zdravotních pojišťoven. Pláč některých lobbistů a zpracovaných novinářů, že kvůli drobnému navýšení úhrad pro praktické lékaře nebudou peníze na superdrahou centrovou péči, nemá žádné opodstatnění. Stačilo by o tolik nezvyšovat rezervy pojišťoven a peněz by bylo dost. Uškrtnutí oněch 11 miliard na úkor dostupnosti zdravotní péče, to je čistě politické rozhodnutí.

Ze zbývajících 16,5 miliard korun má jít 7,7 miliardy na léky a 3,4 miliardy na nové technologie či výkony (dohromady 11,1 miliardy korun). Ministerstvo toto označuje jako „mandatorní výdaje“, tedy něco povinného. Jako by snad zaplacení naší práce povinné nebylo.

To, co nakonec zbyde, tedy pouhých 5,4 miliardy korun, má jít na navýšení úhrad, a to dohromady ve všech 14 segmentech (včetně nových kapacit), což odpovídá nárůstu o cca 1,2 procenta.

Máme důvod být naštvaní!

## Ne pojišťovny, ale občané platí zdravotnictví

Podle platných zákonů hrají rozhodující úlohu ve financování zdravotní péče platby od zdravotních pojišťoven. O tuto skutečnost se opírají ti politici, kteří by se rádi zbavili odpo-

Peníze na základních fondech zdravotních pojišťoven

|               | 9/2022            | 9/2023            | 9/2024            |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 111 VZP       | 14 731 336        | 13 760 586        | 11 223 416        |
| 201 VoZP      | 675 684           | 424 717           | 968 763           |
| 205 ČPZP      | 3 297 264         | 1 865 682         | 1 155 593         |
| 207 OZP       | 1 447 418         | 536 064           | 569 722           |
| 209 Škoda     | 620 86            | 227 724           | 195 080           |
| 211 ZPMV      | 1 734 504         | 710 408           | 591 474           |
| 2013 RBP      | 1 664 775         | 852 61            | 619 365           |
| <b>Celkem</b> | <b>24 171 849</b> | <b>18 377 798</b> | <b>15 323 413</b> |

Zdroj: Mz Částky v tisících Kč (tedy 15 miliard)

vědnosti za zajišťování dostupnosti bezpečné a kvalitní zdravotní péče občanům a veškeré rozhodování a moc by chtěli předat do rukou zdravotních pojišťoven s odůvodněním, že ten, kdo platí, ten má rozhodovat. Zdravotní pojišťovny však nejsou žádní plátcí, jen výběrčí a přerozdělovači. Skutečnými plátcí zdravotní péče jsme my občané, od kterých pojišťovny peníze vybírají. Ne pojišťoven, ale nás občanů by se měli politici ptát, jaké chceme mít zdravotnictví. Zda kvalitní, nebo laciné. Zda spravedlivě dostupné všem,

dluhy jsme nechtěli platit, mělo kumulovanou míru inflace nejnížší.

Pokud tedy zohledníme míru inflace, oněch našich 49 procent za devět let, pak zjistíme, že částce 252 miliard z roku 2015 by roce 2023 bylo úměrných 376 miliard inflací ohlodených korun. Při splnění této podmínky by tedy reálné výdaje na zdravotnictví stagnovaly. Ony však našťestí rostly, i když ne o oněch monumentálních 81 procent nominálních, ale jen o 21 procent reálných. Je to hodně, nebo málo?

**Výdaje zdravotních pojišťoven (základní fond)**

|                                 | 2018    | 2019    | 2020     | 2021     | 2022    | 2023    |
|---------------------------------|---------|---------|----------|----------|---------|---------|
| Náklady v mil. Kč               | 285 332 | 310 969 | 359 023  | 404 37   | 418 118 | 456 633 |
| Index (k roku 2018, v %)        | 100,0   | 109,0   | 125,8    | 141,7    | 146,5   | 160,0   |
| Index (k předchozímu roku, v %) | -       | 109,0   | 115,5    | 112,6    | 103,4   | 109,2   |
| Inflace                         |         |         | 3,8 %    | 15,1 %   | 10,7 %  |         |
|                                 |         |         | covid-19 | covid-19 |         |         |

nebo rozdílné podle obsahu naší kapsy. My bychom měli rozhodovat o tom, zda je pro nás zdravotnictví důležité, nebo zda vidíme priority jinde.

### Výdaje na zdravotnictví rostou

Zatímco v roce 2018 vyplatily pojišťovny 285 miliard korun, tak během covidové pandemie došlo k zásadnímu navýšení a v roce 2023 výdaje dosáhly 456 miliard.

### Výdaje nominální versus reálné

Nárůst nominálních výdajů za uplynulých devět let z 252 miliard korun v roce 2015 na 457 miliard korun v roce 2023 vypadá na první pohled impozantně. Avšak opravdu jen na první pohled. Nárůst o 205 miliard korun, to sice je zvýšení o 81 procent, avšak nesmíme zapomínat na inflaci, která tyto peníze znehodnocuje.

Česká republika je bohužel inflačním šampionem.

Jsme třetí nejhorší v Evropské unii. A ještě se přitom chlubíme tím, že neplatíme eurem. Naopak ono nechvalně proslulé Řecko, jehož

**Kumulovaná míra inflace 2015-2023 (ČR inflační šampion)**

|           |               |
|-----------|---------------|
| Maďarsko  | 62,4 %        |
| Estonsko  | 51,3 %        |
| <b>ČR</b> | <b>49,3 %</b> |
| ...       |               |
| Průměr EU | 27,2 %        |
| ...       |               |
| Řecko     | 15,9 %        |

### Výdaje na zdravotnictví musejí růst rychleji než inflace

Výdaje na zaplacení zdravotní péče rostou ve všech vyspělých státech rychleji, než jaká je inflace. To je dlouhodobý trend. Pokud by pouze kopírovala inflaci, pak by to umožňovalo pouze stagnaci, a to ještě jen při zachování původních podmínek. Avšak podmínky se mění a medicína nestagňuje.

### 13,5 procenta nestačí

Před 30 lety politici rozhodli, že pojišťovny budou vybírat 13,5 procenta z platů a mezd na zaplacení zdravotní péče. Po 30 letech zde máme úplně jinou populaci a medicína se posunula obrovským způsobem dopředu. Oněch 13,5 procenta však jako dogma zůstává. Navíc, jak jsem již zmiňoval, stát zůstává největším dlužníkem, když za své pojištěnce odvádí mnohem méně.

My doktoři nemůžeme dnes léčit své pacienty jako před 30 lety. Nemůžeme před nimi tajit existenci účinných, leč drahých léků. Musíme používat přesnější, ale současně dražší vyšetřovací přístroje a metody. Návrat zpět není možný, ale cesta kupředu stojí peníze. A nikdo po nás přece nemůže chtít, abychom péči svým pacientům dotovali ze svého. Navíc také nesmíme zapomínat na další specifické a mimořádné vlivy, jako například epidemie covidu-19 nebo válku na Ukrajině s vlnou uprchlíků.

### Divide et impera

Jestli něco politici ovládají dokonale, pak je to vzájemné rozeštvávání různých skupin lékařů a zdravotníků. Nadšeně drnkají na závistivou strnu, když zdůrazňují, že i když někomu příjmy rostou, přesto nemá dost.

Ministr Válek se nás při jednání o platech opakovaně ptal, komu má peníze sebrat, aby

**Medián věku obyvatel**

|      | ČR   | Německo | Slovensko | Polsko |
|------|------|---------|-----------|--------|
| 1995 | 36,2 | 38,2    | 32,4      | 33,7   |
| 2000 | 37,3 | 39,8    | 33,9      | 35,1   |
| 2005 | 38,8 | 41,0    | 35,4      | 36,5   |
| 2010 | 39,6 | 44,2    | 37,0      | 37,9   |
| 2015 | 41,1 | 45,9    | 39,0      | 39,6   |
| 2020 | 43,0 | 45,0    | 41,0      | 41,3   |
| 2022 | 43,8 | 45,0    | 41,8      | 42,0   |

Pojistné ve výši 13,5 % z příjmů stanovené před 30 lety nemůže stačit!

V první řadě populace stárne a mezi staršími lidmi je logicky více chronických, a tedy nákladných pacientů.

mohl splnit závazek, jež jménem vlády v prosinci loňského roku podepsal. Ostatně do podobné pasti vlákal vyjednávače za praktiky

**Meziroční nárůst výdajů na některé segmenty**

|                        | 2020   | 2021   | 2022   | 2023   |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|
| PL                     | 21,2 % | 20,2 % | 0,2 %  | 8,0 %  |
| Gyn                    | 21,9 % | -4,6 % | 11,3 % | 7,9 %  |
| AS bez centrových léků | 18,8 % | 1,7 %  | 10,3 % | 13,3 % |
| Stomatologie           | 12,6 % | 1,1 %  | 9,5 %  | 11,8 % |
| Nemocnice              | 16,6 % | 17,5 % | 3,9 %  | 8,3 %  |

Pozor: Nárůst výdajů na segment nemá téměř nic společného s nárůstem příjmů jednotlivých zdravotnických zařízení.

Celkové výdaje zkresluje například pojišťovnami nasmlouvané nové kapacity.

a ambulantní specialisty, kteří mu na tento „špek“ skočili a pomlouvali nemocnice.

Pozor: Nárůst výdajů na segment nemá téměř nic společného s vývojem příjmů jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, tedy ani soukromých lékařů. Zahrnuje v sobě totiž nové nesmlouvané kapacity.

### Ekonomický paskvil českého zdravotnictví

Příjmy soukromých lékařů, kteří pracují pod smlouvami se zdravotními pojišťovnami, jsou přísně regulované úhradovými vyhláškami Ministerstva zdravotnictví. Máme pouze minimální možnost jakéhokoliv „přivýdělků“. Na rozdíl od všech ostatních podnikatelů nemáme možnost inflaci, rostoucí náklady, ale ani vysokou míru poptávky po našich službách promítnout do svých cen. Ty nám diktuje stát.

Na druhou stranu naše náklady jsou čistě tržní. V porovnání s jinými podnikateli nemáme žádnou výhodu. Nikdo nám nic zadarmo nedá a lacino neprodá.

### Počet soukromých lékařů klesá

Ekonomická profitabilita soukromých lékařských praxí se snižuje a úměrně tomu klesá počet soukromých lékařů.

Za 15 let se počet lékařů zaměstnanců zvýšil o 9379, tedy o 38 procent. Naproti tomu počet soukromých lékařů klesl o 1065, což odpovídá –8 procentům.

Svoji roli nepochybně sehrává postupující feminizace, kdy lékařky mají větší zájem o zkrácené pracovní úvazky a více je láká jistota zaměstnaneckého poměru. Rozhodující je však ekonomický tlak, kterému jsou soukromí lékaři vystaveni. Profesor Válek, ostatně jako většina jeho předchůdců, sám nikdy nepodnikal a nemá žádnou představu o tom, čemu všemu musejí soukromí lékaři čelit.

Podle prohlášení politiků by se mohlo zdát, že alespoň praktičtí lékaři jsou preferovanou skupinou. To, že jsou na tom některé skupiny doktorů ještě hůře, však vůbec neznamená, že by praktičtí lékaři neměli dostatek pádných

|                 | 2008   |      | 2023   |      |
|-----------------|--------|------|--------|------|
| Soukromí lékaři | 13 017 | 34 % | 11 952 | 26 % |
| Zaměstnanci     | 24 831 | 66 % | 34 210 | 74 % |

Zdroj: Registr ČLK

### Obory s nejvyšším počtem lékařů nad 60 let v ambulantní péči (v procentech)

|                      | <div><div></div> do 59 let</div> | <div><div></div> 60–64 let</div> | <div><div></div> 65–69 let</div> | <div><div></div> 70 a více let</div> | Počet lékařů celkem |       |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------|-------|
| praktici pro děti    | 48,0                             |                                  | 15,6                             | 18,3                                 | 18,1                | 2 173 |
| chirurgie            | 49,2                             |                                  | 13,9                             | 14,0                                 | 22,9                | 1 059 |
| vnitřní lékařství    | 50,3                             |                                  | 13,6                             | 13,7                                 | 22,5                | 1 357 |
| praktici pro dospělé | 51,4                             |                                  | 11,7                             | 15,8                                 | 16,0                | 6 120 |

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků

důvodů protestovat. Vyjednané symbolické navýšení úhrad v průměru o 0,5 procenta na tom samozřejmě nic nezmění.

### Ambulantním specialistům hrozí vyhynutí

Jednoznačně nejhůř jsou na tom v současnosti ambulantní specialisté. Vedle tradiční rivality mezi jednotlivými odbornostmi (chirurgové versus internisti) je příčinou neutěšené situace roztržitost jejich reprezentace. Účastníky dohodovacího řízení jsou desítky drobných organizací, ze kterých si pojišťovny vrásky nedělají. Na rozdíl od praktiků také chybí větší podpora ze strany odborných společností, v jejichž vedení zasedají především akademici z lékařských fakult, kterým jsou každodenní problémy soukromých lékařů velmi vzdálené.

Škoda, že se mi nepodařilo realizovat původní plán, aby jednotlivé skupiny lékařů nejprve vyjednávaly mezi sebou na půdě České lékařské komory, která by poté vyjednaný kompromis prosazovala vůči pojišťovnám jako jediný vyjednávač. Mohli jsme na tom

být mnohem lépe. Realizaci tohoto, jistě ambiciózního plánu, zabránila vzájemná nevraživost, nedostatek důvěry, ale i vnější politické vlivy. Roztržitost lékařského stavu prostě politikům vyhovuje.

Vedle ekonomického tlaku zůstává dalším problémem ambulantních specialistů to, že současný systém specializačního vzdělávání nám na rozdíl od praktických lékařů fakticky znemožňuje vychovávat si své nástupce.

### Quo usque tandem...

Quo usque tandem abutere, Catilina? Válek, patientia nostra? Vláda se tváří, že ve zdravotnictví garantuje všechno všem, avšak ve skutečnosti negarantuje nic, jen nás vydírá. Pojišťovny na základě úhradových vyhlášek ministerstva zdravotnictví neplatí za zdravotní péči reálné ceny.

„Vláda je ochotná zaplatit pouze za pět rohlíků, ale nutí nás k tomu, abychom za tyto peníze prodávali rohlíků deset.“ Jak dlouho si to ještě necháme líbit?

Milan Kubek

# Úhradová vyhláška pro rok 2025 ve světle judikatury Ústavního soudu

Vzhledem k tomu, že v rámci dohodovacího řízení o úhradách pro rok 2025 ve většině segmentů nedošlo k dohodě na úhradových podmínkách, stanovilo cenu za hrazené zdravotní služby Ministerstvo zdravotnictví.



Při přípravě úhradové vyhlášky, respektive stanovení regulovaných cen musí Ministerstvo zdravotnictví postupovat v souladu s obecně závaznými právními předpisy a je vázáno judikaturou Ústavního soudu, která se této problematiky týká. Klíčovým rozhodnutím Ústavního soudu, ve kterém jsou formulovány základní principy, které musí Ministerstvo zdravotnictví při tvorbě úhradové vyhlášky dodržet, je **nález pléna Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013**. Ústavní soud v tom-

to rozhodnutí konstatoval protiústavnost některých ustanovení úhradové vyhlášky pro rok 2013 a **uložil Ministerstvu zdravotnictví povinnost postupovat při tvorbě úhradových vyhlášek do budoucna v souladu s principy, které Ústavní soud vytyčil v tomto rozhodnutí a v další související judikatuře Ústavního soudu.**

## Povinnosti konstatované Ústavním soudem

### Povinnost zajistit dostupnost hrazené zdravotní péče pro pojištěnce

Úhradová vyhláška musí být nastavena tak, aby úhradové podmínky neomezily přístup pojištěnců ke hrazené zdravotní péči. Ústavní soud mimo jiné konstatoval: „*Pokud jde o právo občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění podle čl. 31 Listiny, Ústavní soud v minulosti vymezil podstatu tohoto práva v tom smyslu, že mu odpovídá povinnost státu vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý, tedy i vznik možných nerovností vylučující způsob přístupu ke zdravotní péči přiměřené kvality... Všichni pojištěnci by tak měli mít nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky.*“

**Povinnost správně nastavit cenu hrazené zdravotní služby pro poskytovatele.**

Stát, respektive Ministerstvo zdravotnictví má povinnost nastavit cenu za hrazené zdravotní služby tak, aby byly dodrženy základní principy pro tvorbu regulované ceny. Ústavní soud konkrétně uvedl, že stát je povinen **nastavit spravedlivé podmínky nákupu zdravotních služeb, a to z hlediska jejich ceny i rovného postavení subjektů smluvního vztahu, chránit svobodnou soutěž mezi nimi a adekvátně vyrovnávat případné deformace.**

Regulovaná cena musí zohledňovat reálné náklady poskytovatelů a současně musí vytvářet prostor pro tvorbu zisku. Konkrétně Ústavní

soud uvedl: **Ačkoliv z práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost podle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod neplyne právo na zisk, stát je povinen vytvářet takové podmínky, které umožní jednotlivcům usilovat o jeho dosažení. Tento závěr se v plné míře uplatní i ve specifických poměrech podnikání v oblasti poskytování zdravotní péče (...). Důsledkem jsou tak požadavky ve vztahu k regulaci úhrad za poskytnuté výkony, které by při normálním běhu věcí, odhlédnuv od případných rizik přirozeně spojených s podnikáním, měly umožňovat (nikoliv zajišťovat) víc než jen pokrytí nákladů poskytovaných služeb. Z hlediska práva na podnikání by naopak byla nepřijatelná taková úprava, která by tyto náklady, byť jen částečně, systémově přenášela na poskytovatele.**

### Povinnost zajistit dostatek finančních prostředků

Ústavní soud konstatuje, že Ministerstvo zdravotnictví se při koncepci úhradové vyhlášky musí zabývat 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. Ústavní soud dále konstatuje, že takovéto posouzení lze přitom očekávat ve vztahu ke všem segmentům hrazené zdravotní péče, a dodává, že **realizace práva na bezplatnou zdravotní péči může za určitých okolností vyžadovat i navýšení prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

### Povinnost zavést možnost kompenzace regulační srážky

Ústavní soud ve svém nálezu konstatuje, že situace, kdy o uplatnění regulační srážky rozhoduje zdravotní pojišťovna, je protiústavní, respektive je v rozporu se zásadou předvídatelnosti, zákazem svévole a zásadou rovnosti. Současně uvádí, že úhradová vyhláška musí obsahovat možnost kompenzace, pokud regulační srážka na poskytovatele dopadla z důvodů, které nemohl ovlivnit, protože postupoval dle smlouvy, poskytl pouze indikovanou hrazenou péči a z důvodu povinnosti postupovat na náležité odborné úrovni neměl možnost objem péče omezit. Ústavní soud konkrétně uvedl: „... neexistuje žádný důvod, aby stanovení výše úhrad zcela abstrahovalo od možnosti, že k překročení stanoveného objemu zdravotní péče nedojde jen v důsledku plýtvání či jejího nadužívání, nýbrž také v důsledku řádného plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele. **Základním problémem předmětné právní úpravy je tak absence nároku na do-  
rovnání či kompenzaci, který by dopadal na tuto situaci.**“

## Základní principy pro tvorbu úhradové vyhlášky vytyčené Ústavním soudem můžeme shrnout následovně:

- Stát je povinen vytvářet takové úhradové podmínky, které poskytovatelům umožní pokrýt náklady účelně vynaložené na poskytnutí hrazené zdravotní služby a současně jim umožní usilovat o dosažení zisku.
- Musí být chráněna svobodná soutěž a vyrovnávány nespravedlivé úhradové deformace.
- Je nezbytná kompenzace dopadu regulačních srážek, pokud k překročení limitu došlo z důvodu plnění smluvní povinnosti.

- Nesmí docházet k omezování přístupu ke hrazené zdravotní péči v důsledku nesprávně nastavené ceny.

### **Česká lékařská komora v návaznosti na shora uvedené principy požaduje následující:**

1. Nastavení takových úhradových podmínek, které na úrovni jednotlivých poskytovatelů s jistotou zajistí pokrytí účelně vynaložených nákladů (plné zohlednění valorizace nákladů v seznamu zdravotních výkonů).
2. Zlepšení úhrady za výkony, které obsahují práci nositele výkonů.
3. Minimalizaci dopadu regulací na poskytovatele.

### **Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2025**

**Ministerstvo zdravotnictví odmítlo zohlednit valorizaci reálných a osobních nákladů o inflaci v ceně za zdravotní služby a záměrně snížilo hodnotu bodu tak, aby se valorizace do úhrad poskytovatelům nepromítla.**

Při určování tempa růstu se ministerstvo řídilo výhradně disponibilními prostředky, aniž by jakkoliv analyzovalo správnost nastavené regulované ceny. Bez zveřejnění konkrétní analýzy správnosti nastavení ceny zakotvilo pro některé segmenty nebo odbornosti různé tempo meziročního nárůstu úhrad.

V segmentu ambulantních specialistů:

- Bylo nově zakotveno nepředvídatelné nastavení měsíční zálohové platby.
- S cílem blokovat lepší úhradu výkonů s podílem práce nositelů výkonů

byli poskytovatelé rozděleni dle odborností do čtyř úhradových skupin tak, aby se lepší úhrada práce do úhrady nepromítla.

- Ministerstvo nepřistoupilo na přepočítání PURO podle aktuálního SZV a snížilo index navýšení PURO.
- Nově bylo zavedeno další významné snížení úhradového limitu pro ty poskytovatele, kteří splnili nárok na bonifikaci v roce 2023, ale v roce 2025 jej nesplní.
- Byly sníženy regulační limity pro léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči, a to bez zohlednění nárůstu nákladovosti této péče.

**Vše uvedené výrazně zvyšuje riziko dopadu regulací na poskytovatele.**

**Závěrem lze konstatovat, že návrh úhradové vyhlášky pro rok 2025 připravený Ministerstvem zdravotnictví nerespektuje závazné principy, které formuloval Ústavní soud:**

1. Nenastavuje úhradové podmínky, které na úrovni jednotlivých poskytovatelů s jistotou zajistí pokrytí účelně vynaložených nákladů a současně umožní poskytovatelům usilovat o dosažení zisku.
2. Nezlepšuje úhradu za výkony, které obsahují práci nositele výkonů, a nezohledňuje tak reálný nárůst mzdových nákladů v ambulantní sféře.
3. Prohlubuje a zavádí nové nerovnosti v úhradách.
4. Významně zvyšuje riziko dopadu regulací na poskytovatele a nezavádí možnost jejich kompenzace v situaci, kdy poskytovatel musí regulační limit překročit v důsledku plnění smluvních a zákonných povinností.

MUDr. Mgr. Dagmar Záleská

# Strukturovaný a praktický pohled na úhradovou beznaděj v roce 2025

**Tzv. Úhradová vyhláška pro rok 2025, určující podobu úhrad zdravotní péče pro příští rok, vychází ve Sbírce 31. 10. 2024. Je přímým důsledkem letošního dohodovacího řízení, v rámci kterého se v průběhu roku pokoušeli zástupci pojišťoven a poskytovatelů v jednotlivých segmentech dojít ke konsenzu nad podobou úhrad v příštím roce. Po letech nicméně vlastně nebylo o čem jednat, neboť pojišťovny byly vázány zadáním vlády ČR, potažmo MZČR, o nedeficitním zdravotnickém hospodaření. Přišli tak jen s jednou verzí Vyhlášky pro segment ambulantní specializované péče (dále jen AS) a neakceptovaly žádný z návrhů zástupců poskytovatelů.**



Na první pohled chvályhodný princip nezadlužování systému však naráží na vlastně simplexní problém: množství prostředků v systému pro rok 2025 nepokrývá množství poptávané a nárokované zdravotní péče a pomyslného Černého Petra drží v rukou poskytovatelé péče, kteří poskytovat musejí, ale v prostředí přísně regulované ceny nedostávají judikátům Ústavního soudu z roku 2013 navzdory adekvátní úhradě za svoji práci.

Z pohledu AS je tak ambulantní medicína jediný segment podnikání, ve kterém nebylo možné promítnout do ceny práce téměř 30procentní kumulativní inflaci z posledních tří let. MZČR stanovená (neadekvátní) cena za práci inflaci totiž nereflektuje, protože MZČR umělým snižováním hodnoty bodu ve vyhlášce záměrně ruší inflaci podmíněné navyšováním ceny lidské práce v seznamu zdravotních výkonů. Řada zejména malých a seniorních AS se tak ocitá za hranou rentability.

Dohodovací řízení tedy skončilo nedohodou a podobu přílohy č. 3 vyhlášky, určující podobu úhrad pro segment AS, tak stejně jako loni určilo MZČR. Navzdory několika schůzkám na MZČR nebyly reflektovány prakticky žádné naše připomínky k podobě vyhlášky, a MZČR tak 31. 10. 2024 vydává k AS nejhostilnější vyhlášku za posledních deset let.

Další prostředky pro poskytovatele pak není jak získat, neboť cena je pevně dána vyhláškou a jakákoliv finanční participace pacientů je označována jako v rozporu se současným právním řádem. Od MZČR by však bylo férové říci, že jím řízená podoba úhrad k ničemu jinému než ke spoluúčasti pacientů vést nemůže, alternativou je totiž razantní propad dostupnosti zdravotních služeb. Místo aby tuto skutečnost MZČR s veřejností komunikovalo, je nyní v parlamentu novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která zavádí tvrdé sankce pro ty poskytovatele, kteří nechají pacienty na péči finančně participovat.

Následující text analyzuje jednotlivé atributy vyhlášky pro rok 2025.

## Key notes z „Úhradové vyhlášky pro rok 2025“:

- Výše měsíční zálohové platby pro rok 2025 ve výši 1/12 celkové úhrady za rok 2023 (razantní zhoršení tohoto parametru oproti letošnímu roku 2024) povede u mnoha poskytovatelů k poklesu měsíční cash flow oproti letošnímu roku a k reálnému riziku sekundární platební neschopnosti včetně rizika nemožnosti vyplácet plné mzdy zaměstnancům.
- V kontextu 27,9 procenta tříleté kumulativní inflace dochází k dalšímu snížení základní hodnoty bodu o cca osm procent pro všechny odbornosti, více pro odbornosti s již tak nízkým PURO.
- Princip rozdílné hodnoty bodu pro různé odbornosti vede k rozdílným úhradám za totožné vyšetření nehlédě na expertizu vyšetřujícího, kvalitu použitého přístroje apod.
- Klesá hodnota koeficientu navyšení pro hodnotu bodu.
- Dramaticky klesá základní koeficient navyšení pro úhradu za jedno rodné číslo a maximální úhradu (PURO), to vedle dalších důsledků povede k nemožnosti ošetřovat komplikované a nejnemocnější pacienty, za které díky nižší úhradě za jedno rodné číslo poskytovatelé nedostanou adekvátně zaplacené, tito se tak budou muset obrátit na přetížené nemocnice.
- Nově se zavádějí malusy vedoucí ke snižování úhrady za jedno rodné číslo (PURO) při neplnění atributů koeficientů navyšení nehlédě na důvody – seniorní kolegové snižující počet ordinačních hodin, přesto zajišťující péči v regionu, budou trestáni za pokles ordinačních hodin. Kolegové nemocní či ti, kteří nemohou pro hroující se péči ve svém okolí jezdit na kongresy a neobhájí diplom celoživotního vzdělávání, budou také čelit snížení PURO a tím celkové úhrady, nehlédě na to, že péči poskytují stejnou a stále potřebnější.
- Snižování koeficientů pro preskripci a vyžádanou péči povede ze strany plátců k vyčíslování drakonických regulací (reálně vratek) pro poskytovatele péče za to, že preskribují vyšetření a léky, na které mají pacienti dle indikačních a úhradových kritérií nárok za situace, kdy se tyto metody a léky rozvolňují pro stále masovější část populace; vyčerpání imaginárního limitu jistě není z forenzního hlediska důvodem k non-preskripci; pokutovat poskytovatele za lege artis preskripci je morálně vadné, tlak pojišťoven z jedné strany a pacientů a forenzního hlediska na straně druhé staví poskytovatele do neřešitelné situace.

## 1) Hodnota bodu

Navzdory konsenzu zástupců poskytovatelů z dohodovacího řízení dochází k zachování principu různých hodnot bodů pro různé odbornosti. Anekdoticky mají nejnižší hodnotu bodu odbornosti s nejnižším PURO, což dále prohlubuje neřešitelnou situaci například ambulantních endokrinologů, osteologů a dalších odborností, jejichž PURO je pod 1,000 koruny. Celkově dochází ve všech kategoriích oproti roku 2024 k poklesu základní hodnoty bodu o osm haléřů, tedy cca o osm procent. Toto snížení základní hodnoty bodu je realizováno proto, aby byl vymazán plánovaný nárůst úhrady, který je dán automatickou valorizací hodnoty lidské práce a režie u zdravotních výkonů v seznamu zdravotních výkonů o inflaci. Tento valorizační automat byl do seznamu zdravotních výkonů zakomponován proto, aby inflace byla v úhradách v každém případě zohledněna. Snížení hodnoty bodu o osm haléřů toto navýšení bodové hodnoty výkonů zcela eradikuje a příští rok bude dalším rokem, kdy si AS jako pravděpodobně jediný segment podnikatelů, na rozdíl od všech svých dodavatelů služeb, inflaci do ceny své práce nepromítnou.

| Odbornosti                                  | Základní hodnota bodu 2025 | Základní hodnota bodu 2024 | Rozdíl 2024-2025          |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 107, 302 a 780                              | 1,0                        | 1,08                       | -0,08<br>(pokles o 7,4 %) |
| 108, 205, 403, 501, 601 a 708               | 0,98                       | 1,06                       | -0,08<br>(pokles o 7,5 %) |
| 102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705, 706 | 0,96                       | 1,04                       | -0,08<br>(pokles o 7,7 %) |
| Ostatní                                     | 0,94                       | 1,02                       | -0,08<br>(pokles o 7,8 %) |

Příklad praktického dopadu rozdílné základní hodnoty bodu: jeden a ten samý výkon, například sonografické vyšetření dvou a více cév prováděný atestovaným internistou, angiologem a kardiologem je prováděn při stejné odbornosti a stejných nákladech na přístroj a spotřební materiál za tři různé úhrady: 1024,6 koruny pro odbornost 101, 1046,4 koruny pro odbornost 102 a 1090 korun pro odbornost 107; lepší reflexe materiálových a přístrojových nákladů pro jednotlivé odbornosti jako důvod pro diverzifikaci základní hodnoty bodů je tedy zjevně nenaplněn.

Toto rozdělení přitom nijak nediferencuje kvalitu provedení vyšetření, erudici vyšetřujícího ani kvalitu přístroje, jen zcela tupě arbitrárně třídí jednotlivé odbornosti na základě nejasného klíče, ke kterému nikdy nebyla poskytnuta žádná data.

## 2) Koefficient navýšení pro základní hodnotu bodu

Dochází ke změně váhy jednotlivých atributů koeficientu navýšení hodnoty bodu. Jako radostné se může jevit, že se zavádí další bonifi-

kační kritérium, spočívající v rozšíření ordinační doby v příloze č. 2 o dalších pět hodin. Pomineme-li skutečnost, že je žádoucí zvyšovat cenu současně práce, a ne práce navíc, je toto navýšení ordinační doby v příloze č. 2 na libovůli zdravotní pojišťovny, která není ničím nucena vám tuto prodlouženou pracovní dobu do přílohy č. 2 zavést.

## 3) Úhrada za jedno rodné číslo (PURO) a maximální výše úhrady

Dochází k razantnímu poklesu základního koeficientu navýšení pro maximální úhradu za jedno rodné číslo, takzvané PURO. Ze základního koeficientu navýšení 13 procent v roce 2024 bude pouhých 6,5 procenta v roce 2025 (oproti referenčnímu období, tedy roku 2023). To jednoznačně zmenšuje prostor pro péči o komplikované pacienty, kteří jsou nároční na množství času a frekvenci návštěv. Řada AS se z úhradových důvodů nebude schopna o tyto pacienty starat a ti budou dále zatěžovat nemocnice.

| Základní koeficient navýšení pro PURO oproti referenčnímu období pro rok 2025                                                                                            | Základní koeficient navýšení pro PURO oproti referenčnímu období pro rok 2024 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1,065                                                                                                                                                                    | 1,13                                                                          |
| Obrovský rozdíl v navýšení maximální možné úhrady za 1 RČ znemožní ošetřovat komplikované a náročné pojištěnce; za péči o ně by poskytovatelé nedostali adekvátní úhradu |                                                                               |

Koeficient navýšení pro PURO v roce 2025 pak rozvíjí nesmírně komplikovanou matici, která:

- Mění hodnoty jednotlivých atributů koeficientu navýšení.
- Dává menší hodnotu bonifikace těm, kteří podmínky pro jednotlivé atributy koeficientu navýšení v roce 2025 splní, ale zároveň je již SPLNILI v referenčním období (2023).
- Dává vyšší hodnotu bonifikace těm, kteří podmínky pro jednotlivé atributy koeficientu navýšení v roce 2025 splní, ale zároveň je NESPLNILI v referenčním období (2023) – tedy motivuje poskytovatele dosud neplnící atributy koeficientu k jejich navýšení.
- Nově zavádí malusy pro ty poskytovatele, kteří jednotlivé atributy koeficientu navýšení naplnili v referenčním období (2023), ale v roce 2025 ho nenaplní, těm bude PURO sníženo; tedy propadne-li vám například diplom celoživotního vzdělávání a vy pro zdravotní obtíže nebo personální devastaci zdravotnictví a z ní plynoucí nemožnost jezdit po kongresech a sbírat kredity na nový nedosáhnete, úhrada za jedno rodné číslo vám bude v roce 2025 snížena a vy se to dozvíte 31. 10. 2024, kdy vyjde toto novum ve vyhlášce, takže i kdybyste do konce roku zavřeli ordinaci a jezdili už jen na kongresy, pravděpodobně na diplom již nedosáhnete. Dle mého musí být systémové zavádění malusů sděleno s daleko větším předstihem.

| Parametr koeficient navýšení                                                                                | Hodnota navýšení 2025 | Hodnota navýšení 2024                                                  |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diplom celoživotního vzdělávání u alespoň 50 procent nositelů výkonů                                        | 0,03                  | 0,03                                                                   |                                                                                                                      |
| Ordinační doba - alespoň 30 hodin neoperační obory 5 pracovních dní / 24 hodin operační obory 4 dny v týdnu | 0,04                  | 0,05                                                                   |                                                                                                                      |
| Nejméně 35 hodin týdně v 5 dnech                                                                            | 0,02                  | Nebylo k dispozici                                                     | Dle libovůle pojišťovny, navýšení ord. doby není nárokové, plátce sám rozhoduje, komu počet ordinačních hodin navýší |
| 5/10 procent nových pojištěnců oproti rokům 2022-2024 včetně                                                | 0,01                  | V roce 2024 byly tyto 2 kategorie hodnoceny jako jedna s hodnotou 0,02 |                                                                                                                      |
| Objednávkový systém s prioritizací                                                                          | 0,01                  |                                                                        |                                                                                                                      |

- Analogicky, například seniorní poskytovatelé, kteří drží péči v daném regionu, často jako poslední, a do důchodu neodejdou z dobré vůle, ale sníží, byť jen nepatrně, rozsah ordinační doby, budou „oceněni“ malusem a dostanou zapláceno o jednoho pacienta méně.
- Celkovým výsledkem může být, že i velmi spolehlivý, nejčastěji seniorní či nemoc prodávající poskytovatel, posbírá všechny tyto malusy, jeho koeficient navýšení pro PURO bude +0,5 procenta oproti roku 2023 a finální PURO pro příští rok 2025 bude u takového poskytovatele nižší než PURO letošní. Jak budeme takové poskytovatele motivovat k tomu, aby v systému zůstali, není jasné.
- Celková doba od vydání těchto malusů, tedy 31. 10. 2024, a začátku platnosti těchto malusů, tedy 1. 1. 2025, jsou dva měsíce, na což není možné validně reagovat.

| Atribut koeficientu navýšení                                                                                     | Hodnota v roce 2024                                | Hodnota 2023 splnil / 2025 splnil                                                              | Hodnota 2023 nesplnil / 2025 splnil | Hodnota 2023 splnil / 2025 nesplnil | Hodnota 2023 nesplnil / 2025 nesplnil |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Diplom celoživotního vzdělávání u alespoň 50 % nositelů výkonů                                                   | 0,02                                               | 0,02                                                                                           | 0,03                                | -0,01                               | 0                                     |
| Ordinační doba – alespoň 30 hodin neoperační obory 5 pracovních dní / 24 hodin operační obory 4 dny v týdnu 0,05 |                                                    | 0,03                                                                                           | 0,04                                | -0,02                               | 0                                     |
| Nejméně 35 hodin týdně v 5 dnech                                                                                 | Ve vyhlášce pro rok 2024 neexistovalo              | 0,02                                                                                           | -                                   | -                                   | -                                     |
| 5/10 % nových pojištěnců oproti rokům 2022–2024 včetně                                                           | V roce 2024 spojený parametr s celkovou váhou 0,03 | 0,01                                                                                           | 0,02                                | -0,02                               | 0                                     |
| Objednávkový systém s prioritizací                                                                               |                                                    | 0,01                                                                                           | 0,02                                | -0,02                               | 0                                     |
| Maximální koeficient navýšení PURO v roce 2025 při splnění všech atributů koeficientu navýšení                   |                                                    | Maximální koeficient navýšení PURO v roce 2024 při splnění všech atributů koeficientu navýšení |                                     |                                     |                                       |
| × 1,155                                                                                                          |                                                    | × 1,23                                                                                         |                                     |                                     |                                       |

#### 4) Paušální platby a cash flow poskytovatelů

Úhradová vyhláška pro příští rok nově zavádí změnu ve výši paušálních plateb. Nově má být měsíční paušál ve výši 1/12 celkové úhrady za rok 2023. Připomeňme si, že pro letošní rok 2024 se jednalo o 115 procent 1/12 celkové úhrady roku 2022. Měsíční paušál pro

#### 5) Limity na preskripci léky, léčivé přípravky, vyžádaná péče

Nepříznivě vyznívají i jednotlivé regulační mechanismy. Navzdory tomu, že do systému je za současného rozvolňování indikačních a úhradových omezení vpouštěno obrovské množství nákladných léků, vyšetřovacích a laboratorních metod a dalších nákladných položek, na které mají pacienti zcela správně a legitimně nárok, a poskytovatel forenzně nemá žádnou možnost tyto výdobytky pacientům neposkytnout, dochází k dalšímu zpřísnění regulačních limitů, po jejichž překročení jsou pojišťovny povinny vyčíslit regulaci. Nehledě na to, že je možné nakonec při vyčíslení regulace s pojišťovnami donekonečna vyjednávat a nakonec (bez garance) dojít i k plnému zrušení regulace, což je časově nesmírně náročné a celkově velmi vyčerpávající, je

třeba jasně konstatovat následující: sankcionovat poskytovatele za preskripci léků a metod předepsaných v souladu s indikačními a úhradovými omezeními je světově unikátní a principiálně vadné a je to jasně v rozporu s judikaturou Ústavního soudu z roku 2013.

| Výše paušálních měsíčních plateb za péči v roce 2025 (zálohové platby poskytovatelům) | Výše paušálních měsíčních plateb za péči v roce 2024 (zálohové platby poskytovatelům) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1/12 z celkové úhrady v roce 2023 (referenční období)                                 | 115 % 1/12 celkové úhrady v roce 2022 (referenční období)                             |

příští rok tak může být u řady AS nižší než ten letošní, což by vedlo k poklesu cash flow a rizikům sekundární platební neschopnosti. AS jsou přitom jediný segment, kde byl tento princip ve vyhlášce pro rok 2025 zaveden. Například ambulantní gynekologové budou mít jako paušál alespoň 106 procent 1/12 úhrad z roku 2023. Zdůvodnění je pak zcela absurdní: nemocnice to tak mají celá léta a nikdo si nestěžuje. Srovnání ekonomik nemocnic a AS pak ponechávám na laskavém uvážení ctěného čtenáře.

#### 6) Konsekvence plánované a zrušené „stávky“ a uzavřené dohody

Jako zásadně problematická se jeví dohoda „uzavřená“ představiteli Sdružení ambulantních specialistů s MZČR a některými pojišťovnami, přičemž podpis této dohody vedl k odvrácení stávky, která byla vyhlášena SASP bez pokusu o dohodu s dalšími zástupci poskytovatelů. Zásadním problémem je étos dohody, tedy navýšení plateb za podmínky dalšího navýšení počtu ošetřených pacientů, což

| Parametr                                                    | Hodnota navýšení pro 2025 oproti referenčnímu období | Hodnota navýšení pro 2024 oproti referenčnímu období | Rozdíl 2024–2025 |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------|
| Zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál | 115 %                                                | 115 %                                                | 0 %              |
| Léky, léčivé přípravky a zdravotnický materiál              | 110 %                                                | 115 %                                                | -5 %             |
| Vyžádaná péče (RTG, CT, MR, laboratorní vyšetření, atd)     | 110 %                                                | 115 %                                                | -5 %             |



Illustrace foto: shutterstock.com

je pro řadu poskytovatelů zcela nereálné. Dalším problémem je, že konkrétní podoba dohody není známá, a nejsou tedy známy ani její jednotlivé parametry. Je přitom jisté, že pomyslný čert bude zakopán

v detailu. Jakákoliv dohoda pak měla být integrální součástí vyhlášky. Vtělení parametrů jakékoliv dohody do individuálních úhradových dodatků mezi poskytovateli a pojišťovnami nutí poskytovatele s vizi dosáhnout na tuto bonifikaci tyto dodatky podepsat. Jak ale dobře víte, ne všechny dodatky všech pojišťoven je vhodné z důvodu dalších možných v nich obsažených parametrů podepsat. Zcela absurdní je pak tvrzení, že se jedná o aditivních 750 milionů pro segment. To je samozřejmě hausnumero, které toho času není možno jakkoliv dopočítat.

#### **Závěr:**

Celkově je tedy pohled na úhrady péče pro segment AS pro rok 2025 žalostný, řadu zejména malých seniorních poskytovatelů nejen v málo přístrojových odbornostech/praxích přivede na hranici ekonomického přežití. Vyhláška zavádí proklamací navzdory další řadu nerovností, nespravedlností, výjimek z výjimek a je nemírně nečitelná a složitá. Řešením je odmítnout ve vyhlášce skrytý princip rozděl a panuj, větší soudržnost v rámci segmentu, vyvinutí tlaku na MZČR a aktivní komunikace stále kritičtější situace s našimi pacienty. Jejich zájmem jsou ekonomicky stabilní poskytovatelé, protože jen ti jim mohou zajistit dostupnou a kvalitní specializovanou péči.

**MUDr. Tomáš Hauer**

*Hauer.tomas@gmail.com*