

Úhradová vyhláška pohledem ústavních práv pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

Zdravotnictví je zvláštním oborem podnikání, kde se vlastník či vedoucí pracovník podniku o zisku či ztrátě v příštím roce dozvídá každoročně vyhlášky vydávané koncem podzimu a z následných jednání se zdravotní pojišťovnou, přičemž je-li k němu vyhláška nepříznivá, svou vlastní snahou může výsledek ovlivnit jen v omezené míře. Zdravotnictví je zároveň resortem, kde se významné veřejných peněz, v roce 2017 celkem 267 miliard, rozděluje s minimem množstvím pravidel, procesních záruk a ochrany proti libovůli. Tento úhradový systém, „vytvořený lékaři pro lékaře“ - těmi na Ministerstvu zdravotnictví a v Parlamentu, pro ony v nemocnicích a ordinacích - je zdrojem permanentních krizí, stávek a protestních akcí. Následující článek se nejprve zabývá tím, jak současný systém vznikl, v další části hodnotí konkrétní pravidla úhradové vyhlášky pro rok 2017 včetně dopadů pro pacienty a v závěru popisuje, jaké právní možnosti se nabízejí k nápravě nedostatků současného systému.

Co je úhradová vyhláška a jak vzniká

Úvodem právní analýzy je potřebné připomenout si, jak úhradové předpisy ve zdravotnictví vznikají, jak je jejich tvorba upravena v zákoně a jak tento systém historicky vznikl. Kromě kritiky úhradových předpisů z ústavněprávních hledisek, byť důvodné, je také nutné znát příčiny vzniklého stavu, jakož i možné další kroky, pokud by Ústavní soud vyhlášku zrušil. Podívejme se tedy na historický vývoj zákona 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění (dále také ZoVZP) a jeho § 17 odst. 4 a 5, tedy postupu pro vydávání Seznamu výkonů a úhradové vyhlášky.

Původní podoba zákona

Zákon 48/1997 je už svým původem provizorium, vznikl za úřednické vlády v reakci na zrušení tzv. Zdravotního řádu Ústavním soudem (Pl. ÚS 35/95), kdy mimochodem poprvé zaznělo, že rozsah hrazené péče nelze regulovat pouhou vyhláškou. Zákon však přežil dodnes a dočkal se 62 novelizací, průměrně tedy tři za rok. V původní verzi vycházelo nastavení úhradových pravidel ze Seznamu výkonů tvořeného v dohodovacím řízení za účasti pojišťoven, pojištěnců, odborníků a komor: *„Seznam zdravotních výkonů (...) se sestavuje v dohodovacím řízení se zástupci a) VZP a ostatních zdravotních pojišťoven, b) příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení, c) profesních organizací zřízených zákonem, d) odborných vědeckých společností, a e) zájmových sdružení pojištěnců. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je předkládán Ministerstvu zdravotnictví k posouzení z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, které jej poté vydá jako vyhlášku.“* Regulace ceny bodu též vycházela z dohodovacího řízení zástupců smluvních stran: *„Hodnota bodu, sazby, jakož i další ujednání ohledně cen platných pro poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění budou stanoveny v dohodovacím řízení se zástupci a) VZP a ostatních zdravotních pojišťoven, b) příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Výsledek dohodovacího řízení o cenách ve zdravotnictví bude posouzen z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem financí, které jej poté vydá jako cenový výměr.“* Původní myšlenkou bylo tedy, že jednotlivé zdravotnické intervence jsou popsány ve vyhlášce o Seznamu výkonů; jednotlivým výkonům je na základě aktualizovaných cen práce, materiálů, režie atd. přiznána bodová hodnota; a korunové nacenění těchto bodových hodnot je dohodováno pravidelně mezi

zástupci poskytovatelů a zástupci pojišťoven, přičemž výsledek je vydáván jen formou cenového výměru, nikoliv ještě formou „úhradové“ vyhlášky.

K výrazné změně došlo v tvorbě úhrad k 1.4.2006, a to rozsáhlou a rychle prosazenou novelou 117/2006 Sb., od jejíž účinnosti zněl § 17 odst. 5) takto: „*Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců VZP ČR a ostatních ZP a příslušných profesních sdružení poskytovatelů (...) Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. (...). Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku (...) nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že výsledek dohodovacího řízení není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad (...) a regulační omezení objemu (...) na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.“ Z textu novely je zřejmé, že podstatně posiluje oproti původnímu záměru roli ministra zdravotnictví, a to na úkor dohody zástupců poskytovatelů s pojišťovnami a závaznosti dohodovacího řízení, neboť jak v případě nedohody, tak i v případě dohody má ministr právo posoudit výsledek z hlediska „veřejného zájmu“ a vydat úhradovou vyhlášku stanovící hodnoty bodu, nyní již včetně regulačních omezení, se značnou měrou libovůle a nepřezkoumatelnosti. Jediným omezením libovůle ministra je kritérium „veřejného zájmu“, což je pojem velmi vágně definovaný v § 17 odst. 2) jako: „veřejný zájem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění“. Prakticky neexistuje regulace, která by se nevešla buď pod zájem kvality a dostupnosti (pokud se úhrada zvyšuje) nebo pod zájem finanční stability (pokud se úhrada snižuje či objemově limituje). A ještě jedné věci si všimněme – v ministrově zákonném zmocnění k vydání vyhlášky se výslovně ocitá právo stanovit též „regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče“ – tedy řešení spočívající v tom, že péče, velkoryse slíbená pojištěncům jinde v zákoně, je skrytě limitována na straně poskytovatele, a to paušály, objemovými omezeními úhrad péče a srážek z úhrad při překročení arbitrárně stanovených normativů předepsaných léků, pomůcek a vyžádané péče.*

Další výraznou změnu prodělal systém úhrad k 1.1.2008, a to obrovským „zdravotnickým přílepem“ k zákonu 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů. Pro pamětníky, tato novelizace bez podstatnější veřejné debaty a odborné legislativní oponentury zavedl regulační poplatky, později zrušené ústavním soudem, a celé řízení o stanovování úhrad léčivých přípravků Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Předkladatel novely § 17 odst. 5) nenápadně vyhnal pojištěnce i odborníky z procesu tvorby Seznamu výkonů, když lakonicky konstatoval: „Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou“. Na dříve zákonem zakotvené dohodovací řízení k Seznamu výkonů za účasti zástupců odborných společností či pacientů bylo rezignováno, tvorba, změna či rušení jednotlivých výkonů se stalo ničím neomezenou libovůlí ministra zdravotnictví. Do odstavce o nacenění bodu, tedy o úhradové vyhlášce, pak předkladatel novely doplnil nenápadnou větičku: „Vyhláška podle věty čtvrté a páté (úhradová, pozn. aut.) se použije, pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.“ Zatímco tedy legislativa z roku 2006 negovala význam dohodovacího řízení tím, že umožnila libovůlí ministra při korekcích jeho výsledků a vydání úhradové vyhlášky, legislativa z roku 2008 udělala z celé regulace úhrad Seznamem výkonů a úhradovými vyhláškami trhací kalendář tím, že si

jednotlivý poskytovatel s jednotlivou pojišťovnou může dojednat libovolný mechanismus, kterým si rozdají peníze daňových poplatníků. Mezi lety 2006 a 2008 současně došlo ke změně zákonů o volbách do správních rad VZP i zaměstnaneckých pojišťoven, které se tím dostaly mimo kontrolu veřejnosti. Až do roku 2015 byly také smlouvy mezi pojišťovnami a poskytovateli, včetně těchto „individuálních úhradových dodatků“, prohlašovány pojišťovnami za kryté obchodním tajemstvím, navzdory konstantní judikatuře Ústavního a Nejvyššího správního soudu. Lze tedy konstatovat, že se politickým garniturám roku 2006 a 2008 úspěšně podařilo postavit peněžovod – prostředí, kdy je možno každoročně alokovat stamiliardový zdravotnický rozpočet bez procesních pravidel, bez předem daných kritérií a bez veřejného dohledu.

Současný stav

Individuálně sjednané úhradové dodatky, tedy platební mechanismy sjednané odchylně od úhradové vyhlášky, jsou uzavírány pro podstatnou část smluv s poskytovateli, dle vyjádření ředitele VZP z roku 2014 má individuální dodatek zhruba 75% poskytovatelů. Úhradová vyhláška však přesto není právně bezvýznamná, jak by se zdálo z faktu, že platí jen ve zbylých 25% případů. Její podoba totiž dává silné vyjednávací postavení tomu z dvojice poskytovatel-pojišťovna, kterému její obsah ekonomicky svědčí. V případě, že jednání selžou, použije se totiž „výchozí“ pravidla z úhradové vyhlášky. Pokud poskytovatel má za to, že režim úhradové vyhlášky je pro něj výhodnější než nabízený dodatek, stačí dodatek nepodepsat. Naopak pokud úhradová vyhláška svědčí zdravotní pojišťovně, má poskytovatel výraznou motivaci vyjednávat.

Úhradová pravidla pro poskytovatele



Popis obrázku: Vlivem změn zákona se dohodovací řízení o hodnotě bodu stalo prakticky irelevantním. MZ ČR není jeho výsledkem vázáno, pro vydání úhradové vyhlášky jsou stanovena jen velmi obecná kritéria veřejného zájmu. Úhradová vyhláška však platí jen tehdy, nedomluví-li se poskytovatel s pojišťovnou na odchýlných pravidlech úhrad.

Úhradovou vyhláškou nelze regulovat nárok pojištěnce

Podstatnou vadou popsaného mechanismu a zásadním problémem současného zdravotnictví je, že úhradové mechanismy platí pouze ve vztahu pojišťovna-poskytovatel; žádná regulace na tomto

vztahu nemůže zkrátit nárok pojištěnce na hrazenou péči, který je definován zákonem. V případě striktních výdajových omezení uplatněných úhradovou vyhláškou resp. pojišťovnami vůči poskytovatelům vzniká sice silná motivace poskytovatelů péči neposkytovat, zůstává však zachováno zákonné právo pojištěnců ve smluvních zařízeních tuto péči požadovat.

Základní problém současné regulace úhrad je možno shrnout tak, že vývoj práv pacientů (pacient jako soukromoprávní „příkazce“ v NOZ, zdravotní péče jako „služba“ v zákoně 372/2011 Sb.) i vývoj ústavního práva a evropského práva (přeshraniční mobilita) znemožňují kontrolovat náklady systému formou přenosu rizika vícenákladů na poskytovatele. V prostředí autonomie pacienta a individuálního zákonného nároku pojištěnce není logicky možné, aby poskytovatel (často nestátní) prováděl „rationing“, aby dostal do správy omezené zdroje a přiděloval je jen těm, které vyhodnotí jako nejpotřebnější. Na úrovni zákona, možná včetně ústavněprávní změny, by patrně šlo přidělit alokační roli opět lékařům a v zásadě se vrátit k předrevolučnímu modelu zdravotnického systému. Ten má jistě četné výhody a pro české prostředí je svým způsobem tradiční a známý, vyžadoval by však rozloučení se s moderně formulovanými právy pacienta. Nedojde-li k tomuto návratu do minulosti, je logicky nutný takový úhradový systém, kdy úhrada půjde za pacientem, od koncepce „regulačních omezení“ (např. paušálních úhrad) na úrovni poskytovatele bude ustoupeno a kontrola nákladů bude probíhat pouze cílenou revizí. To by s sebou nezbytně neslo také nutnost vymezení zdánlivě užšího, ale zato plně financovatelného rozsahu hrazené péče přímo v zákoně a smířením se s přiznáním existence nehrazené péče placené pacientem přímo. Pravidelné boje nad úhradovou vyhláškou o větší či menší procenta nárůstů úhrad při *de facto* zachovaném rozpočtovém financování poskytovatelů jsou z tohoto hlediska plané, řešení jen prodražují a oddalují.

Mechanismy úhradové vyhlášky

V první části byla popsána pravidla, podle kterých vznikají úhradové vyhlášky, včetně jejich postupného vývoje v čase směrem k horšímu. Pokřivené procesy zpravidla produkují pokřivené výsledky, vcelku bez ohledu na to, kdo je zrovna správcem systému. Následující část se bude týkat od dvou základních problémů, kterými trpěly úhradové vyhlášky minulých let i ta současná a které nutně působí nefunkčnost systému zdravotnictví. Prvním je pokus provozovat přidělový systém, v právním prostředí individuálního nároku každého pojištěnce. Druhým je rozdělování peněz stávajícím poskytovatelům k pokrytí jejich nákladů, namísto nákupu péče.

Proč peníze nejdou za pacientem?

Zdravotní péče je soukromoprávní kterou si pacient zadává a poskytovatel zajišťuje. Jak říká Občanský zákoník v § 2636, *smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat ... o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba*. Pacient v roli příkazce si může vybrat z plné škály postupů, léků či pomůcek známých současné medicínské vědě. Stát nemá důvod zasahovat do toho, jaký bude rozsah takto poptávaných a nabízených služeb, pouze reguluje jejich kvalitu, např. požadavky na vzdělání zdravotníků, na registraci léků či na vědeckou ověřenost nabízených metod. Výchozí předpoklad totiž je, že pacient za zvolené služby platí; slovy téhož NOZ, *příkazce zaplatí poskytovateli odměnu, je-li to ujednáno; to neplatí, stanoví-li jiný právní předpis, že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů*. Ekonomická role státu vstupuje do hry pouze v rozsahu této výjimky pro služby solidárně hrazené, jejichž rozsah stanoví zákon 48/1997 Sb. o veřejném pojištění.

Navzdory rozšířenému chybnému přesvědčení není stát povinen zajistit bezplatnost veškerých zdravotních služeb, ba dokonce ani jejich většiny. Naopak, jak opakovaně judikoval i Ústavní soud judikoval k čl. 31 Listiny, zákonodárce má pravomoc vymezit rozsah péče hrazené a tím *a contrario* i péče nehrazené či hrazené zčásti. Lze si proto teoreticky stejně dobře představit úzký zákonem definovaný nárok, odpovídající alokaci prostředků do solidárního systému zdravotnictví ve výši 50 miliard ročně a zahrnující jen základní a neodkladnou péči, lze si však představit stejně dobře i výrazné rozšíření solidární sféry, které by vyžadovalo zdanit populaci o dodatečných 500 miliard. Toto rozhodnutí však nepřísluší ministerstvu, tím méně zdravotním pojišťovnám, ale výhradně Parlamentu. Jak konstatoval Ústavní soud v Pl. ÚS 35/95 i mnohokrát poté, „nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu byla ponechána na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.“

Tu část služeb, které zákonodárce pojištěncům slíbil bezplatně, ovšem musí zdravotní pojišťovny zajistit vždy, každému, v plném rozsahu. Nestačí pouze alibisticky alokovat omezené rozpočty, ať již na základě úhradové vyhlášky či individuálních úhradových dodatků, a nechat poskytovatele, „nechtě si nějak poradí“; případná regulační omezení totiž nejsou závazná. Ústavní soud v Pl. ÚS 13/19, ve kterém podrobil kritice úhradovou vyhlášku pro rok 2013, konstatoval: „Realizace práva podle čl. 31 Listiny závisí na objemu finančních prostředků, které jsou prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění vynakládány na zdravotní péči. Tento objem přitom musí reflektovat i případný nárůst nákladů vznikajících v souvislosti s jejím poskytováním, neboť v opačném případě by dřív nebo později vedl k ztížení přístupu pacientů ke zdravotní péči nebo dokonce k jejich ohrožení. (...) Dosažení (objemového limitu z úhradové vyhlášky) se významným způsobem dotýká výše úhrady, na kterou vznikne poskytovatelům (...) nárok vůči zdravotní pojišťovně, nemá však vliv na rozsah, v jakém jsou povinni poskytovat zdravotní péči. Ti totiž ani po jeho dosažení nemohou odmítnout poskytnutí neodkladné péče a nestanoví-li zákon jinak, tak v případě pojištěnců, s jejichž zdravotní pojišťovnou mají uzavřenou smlouvu, ani poskytnutí péče jiné.“ Smluvní poskytovatel, pokud nechce otevřeně čelit občanskoprávní či trestní odpovědnosti, nesmí léčit „jen podle limitů“, ale musí poskytnout plný objem medicínsky potřebné hrazené péče. Při tom logicky často narazí na rozpor mezi finanční nákladností pojištěnci nárokané péče a regulačními omezeními z vyhlášky či smluv; ovšem poskytovatel může tyto případné „vícenáklady“ vymáhat po zdravotní pojišťovně. Ústavní soud v I.ÚS 2785/08 vyslovil názor, že pokud poskytovatel při péči o pacienty neplýtval, tedy poskytl hrazenou péči „z nezbytných důvodů, tedy aby nutného léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav konkrétních pojištěnců“, potom je „příslušná pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, že byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán“. Právem předvídaný algoritmus je tedy takový, že Parlament vymezí rozsah hrazené péče, pojišťovny tento rozsah plně smluvně zajistí a poskytovatelé poskytnou. Úvahy politiků či manažerů ve smyslu „v roce 2017 umožníme navýšit počet léčených pacientů o X procent“ nebo „v roce 2017 dáme na daný segment péče péči maximálně Y korun“ jsou v tomto kontextu právním bludem – bezplatně, řádně a včas je třeba léčit všechny pojištěnce v mezích jejich medicínské potřeby a zákonného nároku na hrazenou péči, přičemž smluvním poskytovatelům je tuto péči třeba plně proplatit, a to v rozsahu skutečných nákladů a přiměřeného zisku racionálně řízeného podniku. Nástroje „řízené péče“ spočívající v tom, že pojišťovna skrz paušální úhradu přenesne problém vícenákladů na poskytovatele a ten si s nárokem pojištěnců „nějak poradí“, jsou v současném právním rámci nepřijatelné.

Znamená to, že jsou zdravotní pojišťovny „povinny zkrachovat“, pokud kromě kontroly plýtvání nejsou oprávněny rozsah péče regulovat? Právní odpověď zní, že ano - pokud je zákonný nárok na

hrazenou péči nastaven proklamativně a bez vazby na vybrané prostředky, tento efekt musí logicky nastat. Narůstající deficit by ale měl vést k tomu, aby ministerstvo zdravotnictví a poslanci promptně předstupovali před voliče s návrhy, jak rozpočty vyrovnat, tedy co se bude muset z nynějšího značně velkorysého nároku vyloučit a zpoplatnit za účelem zachování finanční rovnováhy systému a skutečné dostupnosti zbylých nárokových služeb. Maskovat tento problém skrytými limitacemi v úhradové vyhlášce je protiprávní a neetické, jde o selhání politického řízení.

Účel systému zdravotního pojištění

Účelem úhradového systému není financovat provoz stávající sítě zdravotnických zařízení, ale zajistit pro pojištěnce dostupnost hrazené péče. To není nutně totéž – za poskytování hrazené péče musí být řádně zapláceno, nikde však není dáno, že zrovna současné struktury poskytovatelů. Úhradová pravidla popisují náležitosti obchodněprávního vztahu, na jehož jedné straně je veřejná instituce hospodařící s veřejnými prostředky (zdravotní pojišťovna) a na druhé straně jsou soutěžitelé (nemocnice, ordinace). Zdravotní pojišťovna by měla při zajišťování péče pro pojištěnce nakupovat od těch poskytovatelů, kteří při požadované kvalitě a množství nabídnou nejnižší cenu, optimálně cestou pravidelných a transparentních poptávkových řízení. I proto počítá zákon 48/1997 Sb. v § 17 odst. 2) s tím, že smlouvu o poskytování a úhradě péče mohou obě strany každoročně bez udání důvodu vypovědět, třeba i za účelem „přesoutěžení“ ceny; zákon uvádí, že rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců To platí i přesto, že aktuální vyhláška 618/2006 o rámcových smlouvách provádí toto pravidlo poněkud *contra legem*, stanoví-li délku trvání smlouvy víceletou.

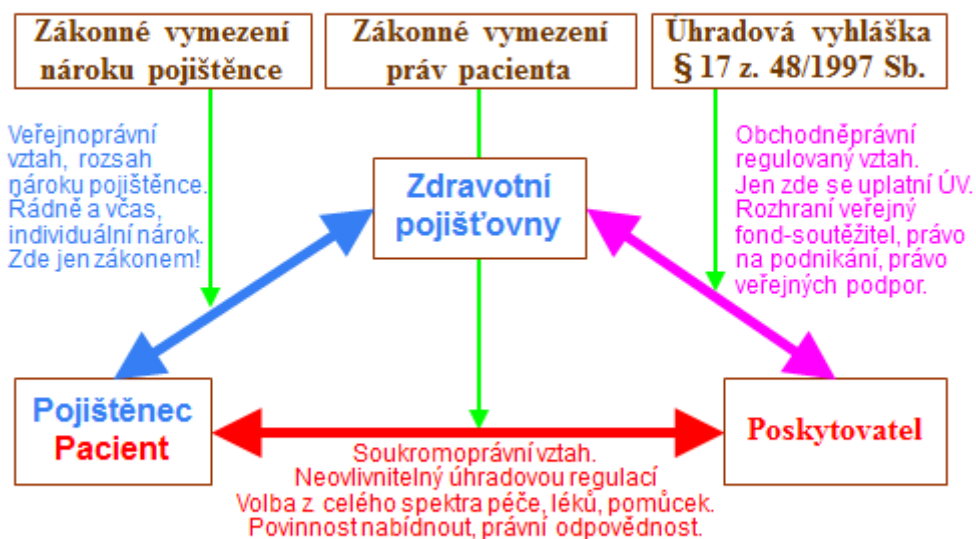
Závazná pravidla a interpretační pomůcky pro řešení problémů na vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli-soutěžiteli nabízí i evropské právo. Zdravotní pojišťovny našeho typu jsou patrně veřejnými fondy (srv. rozhodnutí ESD ve věci „AOK Bundesverband“), poskytovatelé bez ohledu na typ vlastnictví jsou soutěžiteli (např. ESD ve věci „Ambulanz Glockner“ či „Asklepion Kliniken“); alokace veřejných prostředků mezi soutěžitele nesmí nikoho bezdůvodně zvýhodnit, resp. být zakázanou veřejnou podporou, srv. ESD ve věci „Altmark Trans“ a na to navazující balíček regulací. V posledně jmenovaném se mj. uvádí: „Výše vyrovnávací platby musí být omezena rozsahem nezbytným pro úhradu nákladů vynaložených v souvislosti s plněním závazků veřejné služby, přičemž je třeba zohlednit příslušné příjmy a přiměřený výnos z vlastního kapitálu za plnění těchto závazků. (...) Vyrovnávací platba musí být skutečně využita pro účely provozování služby dotyčného obecného hospodářského zájmu, aniž by byla dotčena schopnost podniku dosáhnout přiměřeného zisku. (...)“. Dále platí, že „ukazatele pro výpočet vyrovnávací platby musí být stanoveny předem objektivním a transparentním způsobem (...a) pokud nebyl podnik pověřený plněním závazků veřejné služby v určitém případě vybrán prostřednictvím procesu zadávání veřejných zakázek, který by umožnil vybrat uchazeče schopného poskytovat předmětné služby s nejnižšími náklady (...), musí být výše vyrovnávací platby určena na základě analýzy nákladů, které by běžný, řádně řízený podnik (...) vynaložil na plnění těchto závazků“.

Právní rámec nevytváří prostor pro to, aby v úhradové vyhlášce či v jiných nástrojích, rozdělovacích veřejné prostředky mezi poskytovatele-soutěžitele, byly zohledňovány irelevantní skutečnosti, jako je zadluženost některých poskytovatelů nebo představy jejich zaměstnanců o platech. To je problémem vlastníků či zřizovatelů příslušných poskytovatelů, případně jejich jednání s odbory. Prostředky ze zdravotního pojištění nejsou určeny ani k zajištění pregraduálního či postgraduálního vzdělávání či k financování vědy a výzkumu. Úhrada na rozhraní veřejný fond – poskytovatelé by primárně neměla

být „stanovována“, ale by měla vznikat cestou nabídky a poptávky. To platí zejména pro ambulantní sektor, kde se nachází velké množství nestátních poskytovatelů, ale i pro tu část nemocničního sektoru, kde dostatek kapacit, dnes nevyužitých jen z úhradových důvodů, vytváří prostor pro cenovou konkurenci. Poskytovatelé schopní a ochotní zajistit péči levněji by měli, v zájmu pojištěnců, získat smlouvy s pojišťovnami na úkor těch poskytovatelů, kteří jsou méně efektivní ať už z vlastního zavinění, či z externích příčin. Naopak poskytovatelé v dosud „nevýhodných“ specializacích či historicky podfinancovaných regionech by mohli profitovat z růstu cen, neboť zdravotní pojišťovna je povinná dostupnost péče zajistit i z hlediska místního. Ale i v těch oblastech péče, kde konkurence neexistuje, typicky u vysoce specializované nemocniční péče, nelze vycházet z pravidla „letos dostanou hodně peněz, protože byli i loni drazí“, ale z analýzy nákladů „běžného, řádně řízeného podniku“.

Tomuto efektu stávající podoba úhradové vyhlášky brání. Pokud byl návrh úhradové vyhlášky pro rok 2017 veden úvahami „dosáhnout vládního cíle navýšení platů lékařů“, nebo pokud vychází z principu počítání rozpočtu či limitací úhrad podle náhodně vzniklé historické reference, nic nevytvářející o aktuální efektivitě daného soutěžitele, šlo o postup nesprávný, neefektivní, narušující soutěžní prostředí a z toho důvodu rozporný s Listinným právem na podnikání i evropským právem.

Co lze regulovat úhradovou vyhláškou?



Graf:

Úhradová vyhláška a úhradové dodatky upravují právní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, nemohou tedy zasahovat ani do vztahu lékař-pacient, ani do vztahu pojištěnec-pojišťovna. Mezi nejvýznamnější poznatky z názorů Ústavního soudu patří:

- Úhradovými předpisy nelze regulovat rozsah nároku pojištěnce na hrazenou péči, léky a materiál, neboť tento nárok může dle článku 31 Listiny omezit pouze Parlament zákonem, nebo alespoň zakotvením konkrétních zákonných kritérií. Pokud tedy zákon 48/1997 Sb. stanoví, že se určitý

výkon či lék hradí, nemůže ani Seznam výkonů, ani Úhradová vyhláška, ani žádný mechanismus na straně zdravotních pojišťoven jeho úhradu platně omezit, podmínit či vyloučit.

- *Úhradovými předpisy nelze určovat standard péče lege artis ani vymezovat práva pacientů, která existují nezávisle na veřejném zdravotním pojištění, vymezuje je zákon o zdravotních službách a platí shodně pro péči solidárně hrazenou i pro péči hrazenou samoplátcí.*
- *Úhradovou vyhláškou nelze regulovat ani celkový objem poskytnuté a uhrazené péče, neboť ten musí odpovídat potřebě pacientů a rozsahu zákonného nároku na hrazenou péči; pokud na bezplatné poskytnutí a určité služby či léky mají ze zákona nárok všichni pojištěnci, nemůže být nastavena úhrada poskytovatelům tak, že budou v důsledku léčit jen některé pojištěnce, nebo omezovat nabídku hrazené léčby jen na zastaralé metody, léky či materiál.*

Úhradová vyhláška pro rok 2017 a možnosti jejího právního přezkumu

Úhradovými vyhláškami je možno regulovat cenu, resp. výši úhrady péče, ovšem s přihlédnutím k obecným principům cenové regulace. Zprv, tato regulace by měla být použita jen tam, kde nelze vzhledem k omezené konkurenci nalézt cenu tržní soutěží. Zadruhé, pokud se přistoupí k cenové regulaci, je třeba respektovat Listinné právo na podnikání, tedy nastavit regulaci tak, aby odpovídala nákladům a umožňovala tvorbu přiměřeného zisku. Současně musí být respektován zákaz nepovolených veřejných podpor, tedy není možno vybraným poskytovatelům poskytovat finanční výhody přesahující náklady potřebné k zajištění poskytování hrazené péče. Úhradovými vyhláškami je možno dále stanovit takové podmínky úhrady, které jsou přiměřeným zásahem do práv poskytovatelů v zájmu zabránění plýtvání. Úhradové vyhlášky konečně nelze používat na plnění politických cílů typu „zajištění růstu platů zdravotníků“, a to již proto, že úhrada je příjmem poskytovatele z obchodněprávní smlouvy, nikoliv účelově vázanou dotací. Pokud tedy například soukromá nemocnice použije peníze „přidané na platy“ namísto toho k investičním projektům či k tvorbě zisku, nemůže jí v tom stát ani pojišťovna nijak zabránit. Úhradové předpisy nemají sloužit ani k udržování stávající sítě poskytovatelů, neboť náš systém je vystaven na principu rovné soutěže na trhu zdravotních služeb. Jakékoliv mechanismy, které pomocí historických výpočtů či koeficientů zvýhodňují stávající poskytovatele, jsou tedy protiprávní. Konečně, úhradovou vyhlášku nelze, striktně vzato, použít ani k udržování finanční rovnováhy systému, protože tu je potřeba řídit především na úrovni zákonného vymezení nároku pojištěnce. Pokud zákonodárce slíbil chybně pojištěncům více hrazené péče, než odpovídá jejich odvodům, nelze tuto chybu napravovat omezeními na úrovni vztahu pojišťovna-poskytovatel. Nerespektování těchto poznatků vede k chaosu, neefektivitě a všeobecnému riziku soudních sporů.

Úhradová vyhláška přímo zasahuje Listinné právo poskytovatelů na podnikání; druhotným, ale významným materiálním efektem pak je dopad na právo pojištěnců na přístup k péči. Protože jde o zásah do základních práv, platí, že každý z mechanismů ve vyhlášce musí obstát v testu, zda sleduje legitimní cíl, zda je zvolená regulace přiměřeným a vhodným způsobem k dosažení tohoto cíle, a stejného cíle nelze dosáhnout jinak, šetrněji. Vhodným měřítkem je tzv. „test rozumnosti“, aplikovaný již v minulosti na oblast financování zdravotnictví například v nálezů Pl. ÚS 19/13, bodech 50 a 51. Předmětem posouzení je vyhláška 348/2016 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017, tedy úhradová vyhláška pro tento rok.

Historická reference, § 2 a dále

Nástroj historické reference petrifikuje zásadní, historicky vzniklé nerovnosti ve financování a je tedy z povahy věci porušením principů soutěžního práva. Vyhláška zde v podstatě říká, že historicky drahým poskytovatelům bude v příštím období bez dalších důvodů přiděleno více než poskytovatelům v minulosti financovaným za srovnatelnou péči hůře, a že kdo historicky poskytoval malý rozsah péče, nebude jej moci rozšířit, bez ohledu na lepší cenu a kvalitu. Takový mechanismus by vůbec nebylo třeba použít, kdyby si regulátor uměl opatřit z vlastního rozsáhlého přímo řízeného sektoru data o skutečných cenách a nákladech, nebo umožnil stávajícím i potenciálním poskytovatelům soutěžit o cenu. Cílem regulace má být zajištění efektivní péče v rozsahu přislíbeném zákonem, nic v zákoně ani jinde nezmocňuje ministerstvo rozdělovat veřejné prostředky ke konzervaci stávající sítě a historických poměrů úhrad. Zatímco tržní soutěž nebo férová regulace by přebujelé či neefektivní poskytovatele odstranila z trhu, historická reference je odměňuje konkurenční výhodou.

Kompenzace regulačních poplatků, § 16 a 17

V návaznosti na politický záměr zrušení regulačních poplatků v ambulantní a lékárenské sféře, který byl realizován v roce 2014, vznikl problém výpadku příjmů na straně ordinací a lékáren. Kompenzaci těchto výpadků měly zajistit zdravotní pojišťovny. Za tímto účelem vznikla myšlenka „signálních výkonů“, které sice mají nulovou bodovou hodnotu a neodpovídá jim poskytnutí žádné služby, na vykazání „signálního výkonu“ je však dle úhradové vyhlášky vázána kompenzační platba od zdravotní pojišťovny tam, kde by před novelou příslušnou částku zaplatil pojištěnec jako regulační poplatek. Zákon 48/1997 Sb. ale nikde nezakládá pravomoc ministerstva zavést ani pojišťoven hradit poskytovatelům z veřejných prostředků platby za „nic“. A pokud tak již činí, vzniká otázka, proč u lékáren byla stanovena právě hodnota 13 Kč jako kompenzace výpadku 30-korunového poplatku. Vhodnějším postupem ministerstva by bylo již v roce 2014 vytvořit „opravdový“ dispenzační výkon s popisem odborné práce lékárníka, neboť jeho existenci předvídala již novela zákona 48/1997 z roku 2014; za takto popsanou skutečnou službu by potom mohly zdravotní pojišťovny lékárnám poskytnout finanční plnění.

Léky ve specializovaných centrech

Úhrada hrazených, ale velmi nákladných léčiv s úhradovým symbolem „S“ (omezení na specializovaná centra) je ve vyhlášce popsána jako omezená, s výpočtem dle historické reference k finančním objemům v minulých letech. Objemová regulace u léků na vážná onemocnění je ovšem nepřípustná právně i morálně. Co se v představě regulátora má stát s „nadpočetnými“ pacienty s rakovinou či vzácnými onemocněními? Mají být skrytě odmítáni či dáváni na čekací listiny? Nebo mají být řádně léčeni a objemová limitace má ruinit poskytovatele? Nebo mají poskytovatelé řádně léčit, „vícenáklady“ rutinně soudně vymáhat po pojišťovnách a tím činit tuto část vyhlášky bezpředmětnou? V této oblasti je objemová regulace zjevně neproporcionální. Máme zde relativně malé množství relativně drahých položek, u kterých lze případné plýtvání regulovat předchozím schválením či cílenou revizí, nikoliv objemově. Obvyklý argument „není dost revizních lékařů“ nemůže obstát, pojišťovny mají na provozní fond přiděleno ročně přes sedm miliard korun, za které si mohou revizní pracovníky získat či vychovat, udržet a průběžně kvalitně vzdělávat, což bohužel zanedbávají. Objemová regulace u centrových léků je nemístná též proto, že podmínky a indikační omezení úhrady již stanoví dle zákona SÚKL, korekce rozpočtového dopadu tedy není rolí Ministerstva v úhradové vyhlášce. Vyhláškou nastavená objemová regulace je nadto diskriminační dle zdravotního stavu, umožňuje růst oproti referenčnímu období rozmezí o nula až šedesát procent dle

typu nemoci, bez dobrého zdůvodnění. Regulace je taktéž takřka jistě matematicky chybná, protože dle dostupných informací skutečná tržní cena centrových léčiv zdaleka neodpovídá všeobecně vykazovaným maximálním úhradám. Konečně je nutno připomenout, že neexistuje proces ke stanovení, kdo je lékové centrum, neboť pro léky se symbolem „S“ se neuplatní proces dle § 112 zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, o přidělení „centrové smlouvy“ rozhodují výhradně zdravotní pojišťovny a „centry“ tak v praxi mohou být dokonce i ambulantní lékaři-OSVČ.

Akutní lůžková péče, Příloha 1

Úhrada v akutní lůžkové péči je vyhláškou popisována jako případový paušál, vypočítávaný se zohledněním historické úhradové reference. Striktně vzato nejde ovšem o „případový“ paušál, ale o paušál bez přívlastku, pouze s individuálně pokřiveným způsobem kalkulace výkonu nutného pro to, aby pracoviště roční paušál obdrželo v plné výši. V bodě 3.5 Přílohy vzoreček předvídá navýšení úhrady na 109,2% referenčního období, za což stačí poskytovateli „odpracovat“ 96 % výkonu referenčního období. Již z toho lze konstatovat, že peníze byly rozděleny v neprospěch pojištěnců - vyhláška motivuje nemocnice, aby za více peněz pojištěnců poskytly pacientům méně péče. To mimochodem platilo i v minulých vyhláškách a historická nespravedlnost výpočtů se tak násobí - hypotetický poskytovatel, který řídil svůj výkon čistě vyhláškami bez ohledu na skutečné potřeby pojištěnců, tedy dnes může dostat oproti stavu na počátku tisíciletí 130-150% peněz za dvoutřetinový objem péče. Individuální výpočet sazeb systému DRG, nevycházející z obecně zjištěných cenových údajů, ale historických příjmů konkrétního poskytovatele, neobstojí z téhož důvodu jako historická reference, jde popření pravidel cenové regulace i vlastního vládního prohlášení stejné úhrady za stejnou péči. Pokud je DRG systém přesným popisem nákladovosti, potom není právně přípustné křivit jej individuálními sazbami; pokud DRG systém není přesným popisem nákladů, potom nemá být použit vůbec. Kalkulace relativních vah neobstojí procesně (zcela chybí zákonná kritéria pro tvorbu metodik, možnost odvolání či ochrana proti podjatosti...) a patrně ani matematicky (vstupní data budou stěží validní).

Praktici a dětské praktici, Příloha 2

Dominantním úhradovým mechanismem u praktických lékařů je tzv. kapitační platba, tedy měsíční platba za každého registrovaného pojištěnce, do které jsou zahrnuty základní výkony. Z hlediska požadavku přiměřenosti je samotný nástroj kapitace pochybný, máme-li systém bez „gatekeepingu“, tedy kdy zákon umožňuje pojištěnci volit nemocniční či specializovanou péči i bez doporučení. Kapitace v současné podobě je platbou „za kartu registrovaného pojištěnce v kartotéce“, nikoliv „za péči poskytnutou pojištěnci“, čímž vytváří na straně poskytovatele zjevnou ekonomickou motivaci k neposkytování péče. Vyhláška naopak demotivuje praktické lékaře, kteří o nemocné důsledně pečují, neboť nejenže za provedení výkonů zahrnutých v kapitaci nedostanou nic navíc, ale ještě mohou narazit na sankce kvůli překročené regulace na preskripci léčiv či vyžádané péče. Absentuje ekonomická odměna za koordinace péče (povinnosti registrujícího lékaře v oblasti návaznosti péče, předávání dokumentací atd.), za e-preskripci je jen mizivý bonus k regulaci, za provádění prevencí zanedbatelných 50hal.na kapitační platbě. Pohotovostních služeb je reálně placeno jen 10 v jednotkové ceně 3500 Kč. Statistiky ukazují dopady takto nastavených motivací na systém. Dle dat pojišťoven máme přes tři miliony lidí bez prevencí a co je zajímavější, také statisíce pojištěnců tři roky bez návštěvy PL, ale s vykázaným výkonem u zdravotnické záchranné služby či nemocnice. Zdá se tedy, že nevhodnou regulací se „podařilo“ ministerstvu eliminovat přínos primární péče, resp. přesunout pacienty do mnohem nákladnějších segmentů nemocnic, specialistů a záchranné služby.

Ambulantní specialisté, Příloha 3

Mechanismus úhrady je výpočet průměru „na unikátního pojištěnce“, což vytváří motivaci léčit zdravé lidi, resp. alespoň „naředit“ nemocné zdravými; vzorec pro zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců se nejeví jako funkční. Individuální charakter úhradových limitací vytváří standardní problém nerovnosti mezi poskytovateli. Specifickým problémem je limitace nákladů na preskripci, resp. „trest“ pro poskytovatele za její překročení, který je přes ústavněprávní kritiku stále používán a na pojištěnce bude mít dopad zejména u léků, kde byla omezena úhrada pouze na specialisty, a kde je současně úhradově zastropována omezená síť preskribujících specialistů. To působí jako poměrně zjevný pokus pojištěncům léky slíbit a pak dělat vše proto, aby je nedostali, resp. aby je systém nemusel hradit. Než toto, bylo by patrně férovější vyjmout ty léky z úhrady otevřeně; dokud jsou však součástí nároku, nelze jejich reálné dostupnosti skrytě bránit ekonomickým tlakem na omezený okruh poskytovatelů.

Individuální dodatky

Jak bylo popsáno výše, individuální poskytovatel se může prakticky libovolně domluvit s pojišťovnou na režimu odchylném od úhradové vyhlášky. Při „nedohodě či nepodpisu“ však platí úhradová vyhláška. To znevýhodňuje poskytovatele, kterým vyhláška nesvědčí a „potřebují“ dodatek, naopak to znevýhodňuje pojišťovny v případech, kdy vyhláška konkrétnímu poskytovateli svědčí. Samozřejmě, obě strany mají možnost (a jsou-li veřejnými institucemi, pak možná i povinnost) při absenci dohody pokrývající náklady smlouvu ke konci příštího roku vypovědět a pro přespříští rok jí uzavřít jen za podmínky rozumné dohody s druhou stranou. Takto by bylo možno přeseknout začarovaný kruh historické reference a efektů úhradové vyhlášky se zbavit. Při uzavírání dodatků by nemělo jít o libovůli zdravotní pojišťovny, neboť ani ne-soutěžitel nesmí svým jednáním ovlivňovat trh zdravotních služeb, nadto dle recentní evropské judikatury (ESD C-300/07) je možné, že bude zdravotní pojišťovna i v těchto věcech vnímána jako veřejný zadavatel se všemi povinnostmi z toho plynoucími.

Pojištěnec má v rozsahu zákonného nároku na hrazenou péči má právo na zajištění její časové a místní dostupnosti pojišťovnou a tento nárok může vymáhat i na smluvních poskytovatelích v mezích jejich smlouvy. V případě sporu o odmítání péče či nedůvodného odkládání péče má z ryze právního hlediska značné šance na úspěch. Dodatečné riziko plyne pro poskytovatele, a hypoteticky i pro pojišťovnu, z případných škodních žalob ze zhoršení zdraví, bolesti, ztížení společenského uplatnění či dokonce úmrtí způsobené odkládáním nárokovatelné péče, přičemž ekonomické obtíže z úhradové vyhlášky nejsou okolností vylučující odpovědnost. Pacient má právo na poučení o alternativách léčby, včetně vhodných léků a materiálu, a to tím spíše, splňují-li podmínky zákona. Pokud se bude nemocnice snažit s poukazem na limitovanou úhradu vnutit pacientovi určitý lék či přístroj, který nebude vzhledem k jeho zdravotnímu stavu tím optimálním, v případě právního sporu taktéž neuspěje. Úhradové mechanismy nemohou ovlivnit nárok pojištěnce ani standard *lege artis*. Pokud pacientem zvolená alternativa do zákonného nároku nespadá a je jedinou účinnou a bezpečnou možností léčby, může pacient i sám žádat zdravotní pojišťovnu o výjimečnou úhradu. Revizním lékařem schválená úhrada § 16 se „do paušálu“ nepočítá, nemocnice nemá právní důvod bránit pacientovi v čerpání takové péče, její dostupnost a úhradu je povinna zajistit pojišťovna.

Pokud poskytovatel unese důkazní břemeno ohledně důvodnosti léčby, může se obchodněprávní žalobou úspěšně domoci úhrady vícenákladů nad limit stanovený úhradovou vyhláškou. To nemusí platit v případě, že limitace akceptoval podpisem úhradového dodatku, tam by teoreticky soud mohl dovodit, že již nejde o „vnucenou“ regulaci, ale dobrovolně převzaté podnikatelské riziko. Domnívám se, že poskytovatel může dále využít nástroje ochrany svého soutěžního postavení, pokud je zásahem státu v úhradové vyhlášce či zásahem pojišťovny v případě individuálního dodatku znevýhodněn oproti konkurenci. Zde nevádí, že stát ani pojišťovna nevystupují v pozici soutěžitele, stačí prokázat, že soutěž narušují, například nerovnými platbami plynoucími z historické reference, z arbitrárně tvořených vah či koeficientů, nebo i selektivním (ne)přiznáním centrového dodatku. Jistým precedentem je úspěšná žaloba o mnohamilionovou částku ze strany soukromých lékáren proti krajům, které selektivně kompenzovaly regulační poplatky pouze v krajských lékárnách. Naopak jen malé šance bych dával žalobám typu „dejte nám peníze, protože je potřebujeme“, založeným na příslibech bez opory v zákoně, například na memorandu sjednaném mezi zdravotnickými odbory a ministrem zdravotnictví.

Konečně, nabízí se též cesta abstraktní kontroly ústavnosti. Napadnout Úhradovou vyhlášku přímo před Ústavním soudem může veřejný ochránce práv, skupina nejméně 10 senátorů či 25 poslanců. Stejnou pravomoc má i zastupitelstvo kraje, které by toho mohlo chtít využít, shledá-li, že jsou nemocnice příslušného kraje úhradově znevýhodněny a nově zvolená reprezentace nebude chtít nadále sanovat tento nedostatek dotacemi z vlastních rozpočtů. Skupina nejméně 17 senátorů či 41 poslanců by mohla napadnout i samotné zákonné zmocnění k vydávání úhradových vyhlášek a odstranit tento problém do důsledku. Optimálním řešením by byla samozřejmě náprava poměrů standardní legislativní cestou a korektní úřední a cenotvornou prací resortního ministerstva – na tu však zdravotnictví bezvýsledně čeká již přes deset let.