



Předseda vlády České republiky  
**JAN FISCHER**

V Praze dne 19. ledna 2010  
Č.j. 00335/10-OSV

Vážený pane předsedo,

odpovídám na Váš dopis ze dne 7. prosince 2009, v němž vyjadřujete znepokojení nad situací v oblasti poskytování nemocniční zdravotní péče ve většině krajů a měst a žádáte o zásah do systému přípravy úhradových vyhlášek Ministerstva zdravotnictví.

Předem konstatuji, že v době, kdy jsem Váš dopis obdržel, byl návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010 (dále „úhradová vyhláška“) podle sdělení Ministerstva zdravotnictví již po vypořádaném vnitřním i meziresortním připomínkovém řízení připraven k odeslání do komisí Legislativní rady vlády. Pozdější odeslání do těchto komisí by znamenalo, že úhradovou vyhlášku platnou na celý příslušný kalendářní rok by redakce Sbírky zákonů nestihla vydat do konce roku 2009, což by způsobilo nemalé problémy při uzavírání cenových dodatků mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Z tohoto důvodu nebylo tedy ani technicky možné v této době do legislativního procesu zasahovat.

Z informace Ministerstva zdravotnictví dále vyplývá, že úhradová vyhláška sice nebyla Asociací českých a moravských nemocnic (dále „AČMN“) zaslána k připomínkám, nicméně ministerstvo její připomínky obdrželo, pečlivě se jimi zabývalo a v rámci vypořádání připomínkového řízení byly některé akceptovány.

Ve svém dopise uvádíte, že návrh úhradové vyhlášky na rok 2010 je pro nemocnice AČMN nepřijatelný. K tomu je nutno připomenout ustanovení § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, které preferuje dohodu o způsobu či výši úhrady a regulačních omezeních mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. Teprve v případě, kdy se smluvní strany nedohodnou na jiných úhradových parametrech, lze použít úhradovou vyhlášku. Vzhledem k tomu, že AČMN, jak uvádíte, sdružuje 131 nemocnic, lze předpokládat, že je dostatečně silným partnerem pro zdravotní pojišťovny při sjednávání cenových podmínek pro zdravotnická zařízení, která jsou jejími členy.

K Vámi navrženým konkrétním systémovým opatřením z podkladů Ministerstva zdravotnictví, které jsem si vyžádal, sděluji následující:

Není důvod se domnívat, že v roce 2010 podle úhradové vyhlášky dojde k poklesu úhrady, pokud současně nedojde k poklesu výkonnosti zdravotnického zařízení. Odvození úhrad pro rok 2010 nikoli z roku 2008, jak uvádí úhradová vyhláška, ale z roku 2009, není v tomto krizovém období možné, jelikož by nezajistilo odpovídající zastropování výdajů zdravotních pojišťoven, které je nezbytné vzhledem k očekávanému poklesu příjmů z pojistného na veřejné zdravotní pojištění v roce 2010. I přes toto omezení výdajů zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven na rok 2010 počítají s vyčerpáním zůstatků na základním fondu.

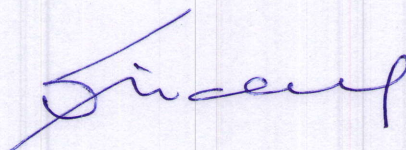
V souvislosti se snahou o zvýšení kvality ošetrovatelské péče úhradová vyhláška pro rok 2010 garantuje navýšení úhrady lůžkovým zdravotnickým zařízením odvozené z přepočteného počtu všeobecných sester a porodních asistentek, čímž je Vámi zmíněná částečná kompenzace, vyplývající z navýšení platů zdravotních sester nařízeními vlády v roce 2009, zajištěna.

System paušálních úhrad a regulací, který pro regionální nemocnice navrhuje, se v dnešní době již ukazuje být překonaným. Paušální úhrady nemocnicím, které byly každoročně navyšovány stanoveným procentem s tolerancí určitého omezení produkce, byly v systému veřejného zdravotního pojištění zavedeny od roku 1997, přičemž tento způsob úhrady není možné podporovat dlouhodoběji. V současné době je pro úhrady zdravotní péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních preferován systém DRG, pomocí kterého lze daleko lépe a spravedlivěji klasifikovat, případně ocenit, produkci zdravotnického zařízení, oproti čistě paušální formě úhrady, která je často pro jednotlivá zdravotnická zařízení historicky zatížena nesrovnatelnými výchozími podmínkami, za kterých se výše paušální úhrady stanovovala. Dalším trendem jsou balíčkové ceny vybrané zdravotní péče, které spolu s větším důrazem na kvalitu poskytované péče ve svém důsledku znamenají přesun takové péče do specializovaných center. V souvislosti s tímto přesunem ale samozřejmě dochází též k přesunu finančních prostředků.

Co se týče Vašeho návrhu na oddělené sledování finančních prostředků pro centrálně řízené a regionální nemocnice v rámci zdravotně pojistných plánů, povinnost zdravotních pojišťoven zpracovávat a předkládat návrh zdravotně pojistného plánu vyplývá z ustanovení § 6 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném

znění, a z ustanovení § 15 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění. Metodika zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2010 byla zpracována v srpnu 2009 a po jejím schválení zaslána zdravotním pojišťovnám, které podle ní sestavily zdravotně pojistné plány na rok 2010, které koncem října 2009 předaly Ministerstvu zdravotnictví k dalšímu opatření (předání na Ministerstvo financí, posouzení a předání vládě a Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR ke schválení). Vzhledem k výše uvedenému není v současné době možné dělat ve zdravotně pojistných plánech na rok 2010 jakékoliv úpravy, které by byly nad rámec Metodiky zpracování zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2010. Dále je k této problematice nutno dodat, že identifikační číslo zařízení (IČZ) se zdravotnickému zařízení přiděluje podle Metodiky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, která nerozlišuje, kdo je zřizovatelem příslušného zdravotnického zařízení, proto není možné, podle vyjádření Ministerstva zdravotnictví, Váš návrh realizovat.

S úctou



Vážený pan  
MUDr. Eduard Sohlich, MBA  
předseda Asociace českých a moravských nemocnic  
Bělocerkevská 18  
100 00 Praha 10