

*Milé čtenářky a milí čtenáři,*

*Vítejte u vůbec prvního čtvrtletního čísla Advance Newsletter.*

*Dopad ekonomické krize na veřejné rozpočty, masivní nárůst chronických onemocnění a emancipace pacientů vytvářejí potřebu rozsáhlých změn ve zdravotnictví, které jsou aktuální ve všech zemích Evropy. Před pěti lety jsme proto založili vzdělávací program pro manažery ve zdravotnictví Master of Healthcare Administration s cílem přispívat k implementaci změn vedoucích ke zlepšování českého zdravotnictví.*

*Se stejným cílem jsme začali připravovat i Advance Newsletter, v němž chceme pravidelně přinášet komentáře a analýzy aktuálních i nadčasových problémů a témat ve zdravotní politice a managementu v České republice i zahraničí.*

*V prvním čísle se věnujeme systémovému pohledu na nastavení hodnocení nákladové efektivity technologií. Toto téma je důležité nejenom z pohledu udržitelnosti veřejných rozpočtů, ale zejména z pohledu dostupnosti nových technologií pro pacienty.*

*Volby máme za sebou. Podívejte se na průniky a rozdíly mezi volebními programy na téma zdravotnictví jako i doporučení priorit pro nastávajícího ministra zdravotnictví.*

*V rámci newsletteru se budeme dále pravidelně věnovat aktuálním legislativním novinkám. Budeme vám přinášet také abstrakty z vybraných závěrečných prací absolventů programu Master of Healthcare Administration: každý z nás někdy propadá „depresi“, že v našem zdravotnictví je implementace změn téměř nemožná. Tyto práce ať jsou vám důkazem i inspirací, že tento boj netřeba vzdávat.*

*Děkujeme, když budete sdílet newsletter s dalšími lidmi, pro které by mohl být užitečný.*

*Přejeme vám příjemné čtení.*

*Dan Hodyc*

*Pavel Hroboň*

*Tomáš Macháček*

*Henrieta Tulejová*



## Obsah

Hodnocení zdravotnických technologií v ČR. Kde jsme a jak dál? .....	3
Co je v sázce pro české zdravotnictví? .....	9
Porovnání volebních programů parlamentních stran.....	11
Legislativní novinky (červenec – říjen 2013) .....	15
Novinky v seznamu výkonů .....	18
Program na zlepšení stavu výživy dialyzovaných pacientů. Souhrn závěrečné práce studenta programu MHA .....	21
Udržitelnost inovací v onkologii. Souhrn závěrečné práce studenta programu MHA .....	22
Pozvánka na konferenci: Budoucnost DRG v ČR v letech 2014 – 2016.....	23
Pozvánka na seminář: Rozbor aktuálně zveřejněné verze Úhradové vyhlášky na rok 2014, se zaměřením na oblast akutní lůžkové péče .....	24
5. ročník vzdělávacího programu pro manažery ve zdravotnictví MHA .....	25

# Hodnocení zdravotnických technologií v ČR. Kde jsme a jak dál?

Pavel Hroboň, Advance Healthcare Management Institute | 13. 11. 2013

V posledních třech letech se v ČR zintenzívnila debata o hodnocení zdravotnických technologií (HTA – health technology assessment). Zavedení HTA může v kontextu České republiky působit jako snaha o zpomalení vstupu nových technologií na trh. Je ale třeba si uvědomit, že zatímco v posledních 20 letech byl vstup nových technologií na český trh ve většině případů poměrně volný a rychlý, reálnou alternativou pro budoucnost je spíše odmítání všech nebo většiny nových technologií z rozpočtových důvodů. HTA tedy potřebujeme jako nástroj, který vyčlení opravdu přínosné nové technologie a umožní jejich vstup na trh. Cílem zavedení HTA v tomto smyslu je i významné zvýšení transparentnosti rozhodnutí o úhradách.

## Co je to hodnocení zdravotnických technologií

Pod hodnocením zdravotnických technologií (HTA - Health Technology Assessment ) se obvykle rozumí systematický přístup k hodnocení účinnosti a nákladů léčivých přípravků, zdravotnických prostředků, diagnostických a léčebných postupů a přístrojů a intervencí na ochranu zdraví veřejnosti.

Zdravotnické technologie se v rámci hodnocení srovnávají – nehodnotíme tedy absolutní účinnost jedné technologie, ale to, co může jedna technologie nabídnout ve srovnání s jinou. Obvykle tak probíhá hodnocení nové technologie oproti současnému standardu léčby - ať už doporučenému klinickému postupu, nejrozšířenějšímu způsobu léčby nebo nejlevnějšímu odborně akceptovatelnému postupu. Primárně se hodnotí medicínská účinnost, tedy jaký je dopad technologie na zdravotní stav a jak se liší pro jednotlivé (pod)skupiny pacientů. Následně je možné hodnotit ekonomickou efektivitu, tedy jaké náklady je nutné na léčbu vynaložit, jaké případné úspory přináší oproti jiným postupům a jak se tyto náklady srovnávají s dosaženým zlepšením zdravotního stavu. Aby bylo možno srovnávat mezi sebou technologie, které mají různý dopad na zdravotní stav, a zahrnout jak omezení úmrtnosti, tak i nemocnosti, byly vyvinuty univerzální míry medicínské účinnosti jako je například rok života v plné kvalitě (quality adjusted life year – QALY)

Nákladovou efektivitu zdravotnických technologií srovnáváme mezi sebou nebo s definovaným prahem nákladové efektivity (incremental cost-effectiveness threshold - ICER), který de facto určuje ochotu platit za účinnou zdravotnickou technologii. Je třeba uvědomit si zásadní rozdíl mezi snahou o nalezení nejlepší nebo nejméně nákladné technologie mezi několika postupy se srovnatelným účinkem a mezi rozhodnutím, zda bude hrazena jediná dostupná technologie k léčbě určité nemoci, která ale může být mimořádně drahá. Taková regulace má nesmírně významné etické dopady, přesto se jí pravděpodobně v budoucnu nevyhneme a v mnoha státech na světě je již do určité míry explicitně používána. Platí ale, že práh nákladové efektivity obvykle není používán jako nepřekročitelná hranice, ale spíše jako signál, že daná technologie vyžaduje mimořádně pečlivé zhodnocení a rozhodnutí o úhradě, které zohlední i etické principy. Z tohoto hlediska nesporně existuje zásadní rozdíl mezi rozhodnutím o úhradě technologie, která vede k vyléčení pacienta nebo alespoň jeho dlouhodobého

udržení při životě určité kvality (např. léčba vrozených metabolických poruch), a technologie, která vede pouze k prodloužení trvání nevléčitelného stavu o několik týdnů či měsíců.

Ekonomické hodnocení zdravotnických programů má ještě jednu stránku, která se nezabývá jejich medicínskou ani ekonomickou účinností, ale odhadem celkových nákladů, často označovaných jako dopad na rozpočet (budget impact analysis). Jedná se samozřejmě o důležitou analýzu, postavenou ale na zcela jiných principech, než je analýza klinické nebo nákladové účinnosti. Z ekonomického (ale nikoliv rozpočtového hlediska) by byl nesmysl a priori odmítat významně účinnější technologii kvůli jejímu celkovému dopadu na rozpočet. Stejně tak obhajobou zavedení nové technologie, která není o nic účinnější než ty stávající, nemohou být ani nepřilíš vysoké dodatečné výdaje.

## Použití HTA v Evropě

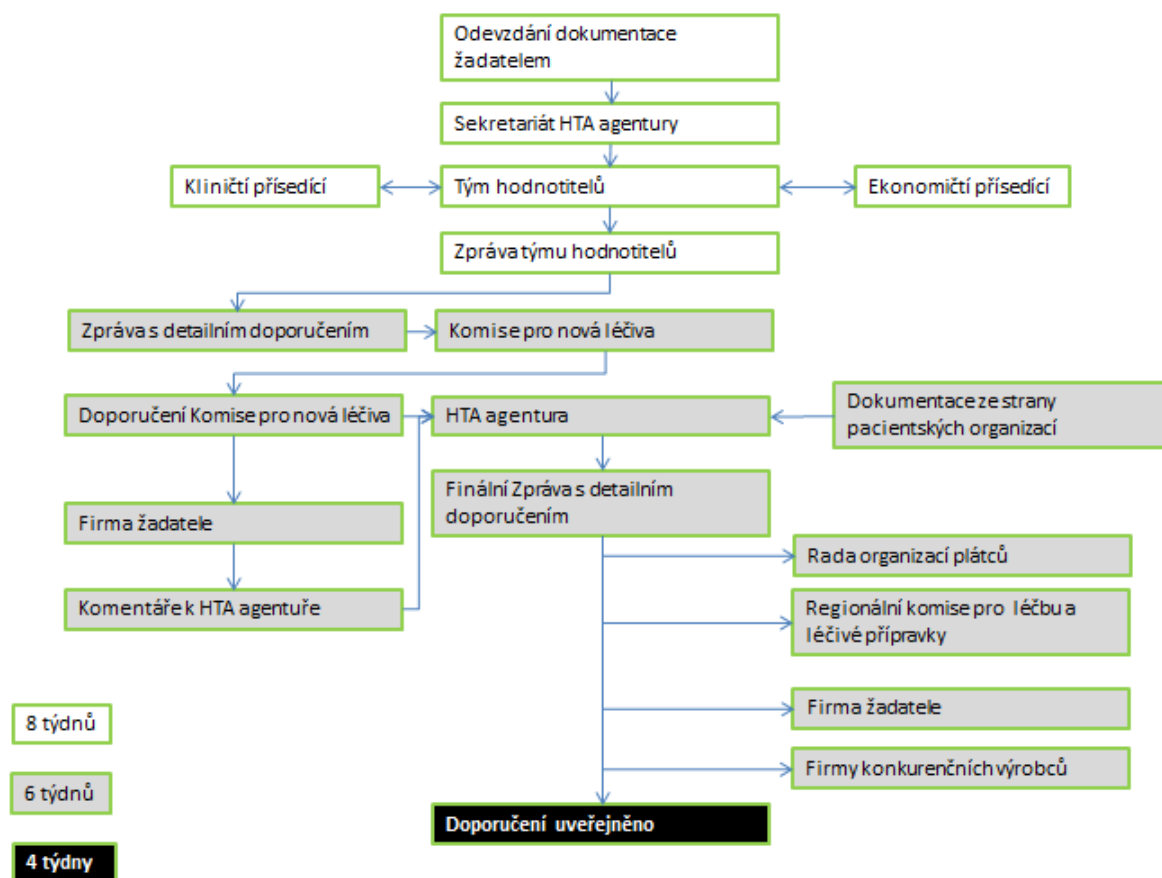
Hodnocení zdravotnických technologií často slouží jako důkazní opora pro rozhodnutí o zařazení nové technologie do úhrad, ale mezi samotné hodnocení a rozhodnutí o úhradách nelze klást rovnítko. Hodnocení může sloužit i jiným účelům, než je rozhodnutí o úhradách, a hlavně musí být od rozhodnutí přísně odděleno z důvodu zachování objektivit hodnocení.

Samotné rozhodnutí o zařazení do úhrad je ve světě obvykle prováděno zvláštní komisí, která se skládá ze zástupců poskytovatelů, plátců, státní správy, případně pacientů nebo odborníků na hodnocení technologií a hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva. Je třeba velmi pečlivě vybalancovat rozhodovací schopnost komise se zajištěním její objektivit a neovlivnitelnosti. V důsledku této snahy mají rozhodovací komise obvykle vyšší počet členů, v některých případech je ze všech členů vybráno losem několik (například v Polsku 10), kteří rozhodují o konkrétní technologii.

Shromáždění faktů pro hodnocení může být prováděno samotným žadatelem o posouzení nové technologie a následně zkontrolováno a ověřeno agenturou pro hodnocení technologií nebo může být provedeno přímo agenturou. Podle toho rozeznáváme agentury tzv. lehkého a těžkého typu. V Evropě se vyskytují oba typy agentur („lehký“ typ například ve Skotsku, Polsku nebo Dánsku, „těžký“ typ v Anglii nebo v Německu). Financování hodnocení může být zajištěno státem, zdravotními pojišťovnami nebo obecně žadatelem o hodnocení. Dalším rozdílem je, zda hodnocení probíhá před vstupem technologie na trh a jde tedy obvykle o hodnocení jednoho konkrétního výrobku či postupu, nebo zda jde o celkové zhodnocení možných přístupů k léčbě určité nemoci, jak existujících, tak nově přicházejících na trh. Z rozdílu mezi těmito dvěma druhy hodnocení také vyplývají rozdíly v jejich možném financování. Hodnocení při vstupu na trh může být financováno výrobcem, mělo by ale být poměrně rychlé a je v mnoha případech založené na nekompletních datech. Zpětné hodnocení má k dispozici více faktů, včetně reálného ověření technologie v klinické praxi, ale musí být financováno státem nebo zdravotní pojišťovnou.

Jako příklad postupu hodnocení se zahrnutím vstupů zájmových skupin může sloužit schéma ze Skotska.

## Schéma 1: Proces hodnocení zdravotnických technologií ve Skotsku



Zdroj: Dear J. Et al: *Scottish Medicines Consortium: an Overview of Rapid New Drug Assessment in Scotland*

## Současný stav HTA v České republice

Česká legislativa dnes poskytuje jednoznačnou oporu pro hodnocení klinické účinnosti a pro srovnávání nákladů technologií, které vedou ke stejným či srovnatelným účinkům. V oblasti léčivých přípravků je tento princip explicitně zakotven jako jedno z kritérií pro určení výše a podmínek úhrady. Navíc, v oblasti léčivých přípravků (a do určité míry zdravotnických prostředků na poukaz) je princip úhrady nejlevnějšího ze srovnatelných postupů uplatňován již dávno cestou stanovení základní úhrady pro referenční skupinu. V oblasti diagnostických a léčebných postupů a povinného očkování byl tento princip zaveden v zákonu č. 48/1997 Sb. teprve nedávno v souvislosti se zavedením tzv. nadstandardu, tedy možnosti připlatit si na dražší technologii vedoucí ke stejným výsledkům.

V praxi se hodnocení systematicky uplatňuje u vybraných nových léčivých přípravků od vydání v úvodu zmíněného metodického pokynu SUKL. Vydání tohoto metodického pokynu nesporně otevřelo v ČR novou kapitolu, na druhou stranu se ale pokynu a následné praxi dá vytknout několik zásadních sporných bodů:

- Podle názoru řady právníků česká legislativa neumožňuje odmítnout zařazení nového léku (technologie) s vyšší účinností do úhrad pouze na základě vysokého poměru nákladů a účinnosti. I v zemích, které používají limit na poměr nákladů a přínosů jako kritérium pro případné odmítnutí úhrady, není takový limit aplikován mechanisticky, ale je spíše signálem pro pečlivé další rozhodnutí

- SÚKL používá pro hodnocení nákladů perspektivu systému zdravotního pojištění. Je to nesporně jednodušší a přehlednější, není to ale v souladu s celospolečenskými cíli. Stručně řečeno, není žádný důvod pro to, aby výdaje systému veřejného zdravotního pojištění byly považovány za jakkoliv významnější než jiné veřejné nebo soukromé náklady
- Je otázkou, zda je v rámci dnešního postupu dostatečně oddělen proces zhodnocení (assessment), tedy vyhodnocení existujících důkazů, posouzení (appraisal) a následného rozhodnutí (decision) a zda jsou v průběhu posouzení dostatečně zastoupeny názory jednotlivých zájmových skupin, včetně pacientských organizací.

Je nicméně třeba dodat, že alespoň dle neformálních diskusí, SÚKL již uvažuje o částečné korekci svých postupů tak, aby více reflektovaly zkušenosti a zvyklosti z jiných evropských zemí.

U jiných technologií, než jsou léky, není hodnocení medicínské ani ekonomické efektivity u rozhodnutí o zařazení do úhrad používáno prakticky vůbec (na rozdíl od hodnocení dopadu na výdaje pojištěnec – viz výše) a celý proces je významně netransparentní.

### Možnost dalšího vývoje

Česká republika je jednou z posledních evropských zemí, které (s výjimkou aktivity SÚKL) neprovádí systematické hodnocení zdravotnických technologií. Aktivita SÚKL a očekávaný nový start na MZ po volbách nabízí možnost nastavit celý proces tak, aby byl dlouhodobě přínosný pro české zdravotnictví.

Na základě zkušeností ostatních evropských zemí je vhodné zvážit při zavádění HTA v ČR následující principy a okolnosti:

- Zavedení HTA může v kontextu České republiky působit jako snaha o zpomalení vstupu nových technologií na trh. Je ale třeba si uvědomit, že zatímco v posledních 20 letech byl vstup nových technologií na český trh ve většině případů poměrně volný a rychlý, reálnou alternativou pro budoucnost je spíše odmítání všech nebo většiny nových technologií z rozpočtových důvodů. HTA tedy potřebujeme jako nástroj, který vyčlení opravdu přínosné nové technologie a umožní jejich vstup na trh. Cílem zavedení HTA v tomto smyslu je i významné zvýšení transparentnosti rozhodnutí o úhradách.
- Jednoznačně lze doporučit postupné zavádění HTA. Pro takový přístup svědčí jak významný nedostatek odborníků, tak zatím neexistující zázemí agentury a neukotvenost v zákoně. Jednoznačně lze doporučit začít s pečlivým hodnocením medicínské účinnosti, které již samo o sobě pravděpodobně povede k významným změnám v rozhodnutí. Ekonomické hodnocení je možné zavést v dalším kroku.
- Je třeba jednoznačně rozhodnout, které technologie mají být předmětem hodnocení. U léčivých přípravků je toto stanoveno. Podobná, ale pro daný segment specifická a vhodná pravidla je třeba určit i u zdravotnických prostředků a diagnostických a léčebných postupů. Obecně je jako kritérium možno použít, zda nová technologie žádá významnou změnu současných úhrad (např. zcela novou skupinu zdravotnických prostředků, významnou změnu v Seznamu výkonů, novou DRG skupinu nebo významné navýšení úhrad jedné ze stávajících skupin,...) a zda je její očekávaný ekonomický dopad dostatečně významný, aby zdůvodnil náklady spojené s hodnocením.
- Agentura (institucionální ukotvení hodnocení) musí zajišťovat nezávislost a úplnost hodnocení. Je tedy třeba pečlivě zvážit jak její financování, tak umístění.
- Z hlediska metodiky a financování je vhodné uvažovat odděleně o rychlém zhodnocení jednotlivé technologie při jejím vstupu na trh, které může být financováno výrobcem. Naopak, hodnocení celého souboru různých technologií používaných k léčbě určité diagnózy, vedoucí k určení preferovaných postupů (a případnému odebrání úhrady postupům neefektivním) musí být financováno ze strany plátců nebo státu.

Tolik k faktům a teorii. Na jejich reálná očekávání spojená se zaváděním HTA v České republice jsme se zeptali několika předních odborníků:

**Aleš Kmínek**, Market Access Transitional Lead Central Europe, AstraZeneca

*Principy HTA se v Česku využívají již řadu let – alespoň ve správních řízeních o stanovení ceny a výše a podmínkách úhrady léčivých přípravků. Je pravda, že formální HTA agentura neexistuje, ale Státní ústav pro kontrolu léčiv de facto plní její funkci (opět pouze ve vztahu k léčivým přípravkům). Aby se principy HTA v Česku dále rozvíjely, je třeba neustále opakovat, že HTA není nebo by nemělo být metodou na rozlišování léků a přístrojů na drahé a laciné, že to není automat, ze kterého vypadne hradit – nehradit, že to není primárně prostředek k šetření, apod. To vyžaduje podle mě dvě věci: výchovu odborníků, kteří budou principy HTA rozvíjet a aplikovat na podmínky České republiky, a rozšíření diskuse o HTA na daleko širší platformu, protože rozhodnutí založená na HTA v konečném důsledku mohou výrazně ovlivnit život všech občanů.*

**Jana Skoupá**, Medicínské datové centrum 1. LF UK Praha

*Osobně se domnívám, že HTA je (byť jej nazýváme vzletně) pouze systematické a transparentní hodnocení technologií, které v České republice povede k určitému přiblížení k zemím západní Evropy. Koneckonců obdobný typ systematického posuzování byl již zaveden v oblasti farmakoterapie, a byť má různé nedostatky (zejména posuzování a rozhodování jednou autoritou) funguje docela dobře. O tom se opakovaně přesvědčujeme při diskuzích s kolegy ze zemí střední a východní Evropy. Pokud se ale chceme rozvíjet dále, musíme se dívat ne na východ ale na západ od nás. V zemích západní Evropy je více zohledňována inovativnost intervencí, závažnost onemocnění včetně jeho sociálních a etických dopadů. U nás vidíme spíše zaměření na ekonomické hodnocení (analýzu nákladové efektivity a dopadu na rozpočet).*

*Od zavedení HTA ale musíme očekávat, že bude zahrnovat i nelékové technologie a tím dojde i v této oblasti ke zvýšení efektivity využívání finančních i nefinančních zdrojů.*

*Fungující HTA by tedy v ideálním případě mělo zvýšit efektivitu zdravotnictví. Nebude to hned, zatím začínáme a chybí řada podmínek (např. dostatek erudovaných expertů), které jsou nezbytné. Lépe ale začít pozdě než později.*

**Prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc.**, profesor farmakologie, přednosta Farmakologického ústavu 2.LF UK, předseda České farmakoekonomické společnosti

*Domnívám se, že HTA se v současné době prosazuje prakticky ve všech státech EU. Většina států má již svoje agentury a vytváří se i úzká spolupráce mezi jednotlivými zeměmi a jejich agenturami. Pokládám za nezbytné, aby ČR se aktivně připojila k této spolupráci i když nemá vlastní agenturu. U nás systém hodnocení léčivých přípravků ve své podstatě odpovídá principům hodnocení v rámci HTA. Ovšem dosavadní legislativní úprava a využívání „správného řízení“ se odlišuje od postupů charakteristických pro HTA. Omezení účastníků řízení pouze na výrobce a plátce neodpovídá postupům obvyklým v HTA. Soustředění správního řízení pod jednu organizaci SUKL by nemuselo vadit pokud by byla fáze hodnocení a rozhodování oddělena. Pro plné zavedení HTA i pro jiné oblasti než léčiva však bude nutné legislativní úprava, která vymezí oblast účinnosti a systém rozhodování. Protože však nevidím na žádné straně poptávku po zavedení HTA jsem velice skeptický a byl bych velice překvapen kdyby se zákonná úprava nutná pro zavedení HTA realizovala v následujících 3 letech.*

**Mgr. Filip Vrubel**, náměstek pro odborné činnosti ředitele SÚKL

*HTA považují za zcela logické vyústění dlouhodobého tlaku na ekonomicky efektivní využívání limitovaných zdrojů veřejných prostředků ve zdravotnictví. Jakkoliv institucionálně se jeví HTA jako něco nového a v samém počátku své existence, fakticky jsou základní principy hodnocení již nyní aplikovány u léčiv v rozhodovací praxi SÚKL.*

*SÚKL v současnosti považuje hodnocení nákladové efektivity a dopadu do rozpočtu veřejného zdravotního pojištění v procesu stanovování výše a podmínek úhrady jako základní, avšak nikoliv jediné faktory ovlivňující pozitivní či negativní rozhodnutí o vstupu nového léčiva do systému. Již nyní výsledky těchto ukazatelů dáváme do souvislostí s dalšími faktory jako je závažnost onemocnění, neexistence alternativ nebo relativní efektivita, apod. Výsledkem je tedy multikriteriální posouzení, které se snaží zohlednit maximum relevantních skutečností, byť pro mnohé neexistuje objektivně stanovený měřitelný ukazatel (např. jak hodnotit závažnost onemocnění?). SÚKL je tak díky stávající legislativě nucen nejen technologii posoudit, ale také o ni rozhodnout, a to na základě stejně široce pojatých argumentů, jaké se očekává, že by měl v procesu HTA dodat nezávislý orgán nadaný rozhodovací pravomocí. Do budoucna je vhodné, aby konečné rozhodnutí připadlo nezávislému panelu odborné i laické veřejnosti, pravděpodobně jen tak může rozhodnutí získat punc vyváženosti, neutrality a transparentnosti, což sice ve stávajícím režimu poskytuje SÚKL také, ale přesto je mu to neoprávněně vytýkáno.*



## Co je v sázce pro české zdravotnictví?

Pavel Hroboň, Advance Healthcare Management Institute | 13. 11. 2013

*zkrácená verze článku uveřejněného v Hospodářských novinách dne 24.10.2013*

### Mnoho lidí považuje současné volby za určující pro další vývoj státu. Jaký bude jejich dopad na zdravotnictví?

Nejprve dobrá zpráva – zdravotnictví, na rozdíl od nedávné minulosti už naštěstí nepatří k hlavním oblastem, ve kterých by se odehrával střet mezi vládou a opozicí. Teď ta horší – je to spíše důsledek únavy ze zápolení než dohody o směřování zdravotnictví. Bohužel, v České republice jsme pořád nedosáhli kompromisu na základní podobě zdravotního systému. Proč takový kompromis vlastně chceme? Není lepší ostrá konkurence politických stran a jejich návrhů? Konkurenci politických návrhů samozřejmě potřebujeme, měla by se ale odehrávat hlavně v oblasti parametrů systému, například míry přerozdělení, a ne toho, jak bude celé zdravotnictví fungovat. Politické programy pro zdravotnictví mohou jeho směřování otočit více doleva nebo doprava, nemohou ale být protichůdné a chtít po každých volbách kompletně měnit podobu zdravotnictví. Za takových podmínek je téměř nemožné investovat do jeho dlouhodobého rozvoje. A například vysoce potřebné investice do prevence takovou dlouhodobou záležitostí jsou.

Co tedy vlastně potřebujeme vyřešit? Krátkodobě se zdá, že zdravotnictví potřebuje hlavně peníze. Vláda v demisi prosazuje v mimořádném režimu zvýšení příspěvku státu a půjčku Všeobecné zdravotní pojišťovně. Odboráři hrozí kolapsem zdravotnictví. Je nepochybné, že k určitému navýšení příjmů zdravotnictví dojde. Stejně tak je nepochybné, že se tím nic nevyřeší. Bavíme se o zhruba 6 miliardách z 290 a v programech politických stran jsou návrhy snižující regulační poplatky. Navíc, za posledních deset let rostly výdaje zdravotních pojišťoven ročně v průměru o 4%, zatímco HDP o 2,1%. Přesto trvá pocit nedostatku a nespokojenosti.

K tomu nás čeká stárnutí obyvatelstva. Povede k nárůstu nákladů, protože starší lidé potřebují více zdravotní péče. Povede ale také ke snížení příjmů, protože podíl ekonomicky aktivního obyvatelstva bude klesat a zdravotnictví je dnes financováno hlavně z odvodů z jejich příjmů.

Nečeká nás tedy nic menšího než ostatní rozvinuté země a to je nutnost významné změny vedoucí ke zvýšení efektivity zdravotnictví. Pro začátek je třeba si uvědomit, že zatímco celá společnost, stejně jako používané léčebné postupy, jsou na úrovni 21. století, organizace a financování zdravotnictví stále spočívá na modelech aplikovaných v první polovině minulého století.

Historický model zdravotnictví je v dnešní době neudržitelný hned z několika důvodů. Jednak staví do centra poskytovatele, nikoliv pacienta. Pokud má někdo jiný dojem, doporučuji návštěvu několika běžných zdravotnických zařízení. Zcela zjevně je také finančně neudržitelný – do značné míry díky tomu, že někdo jiný služby doporučuje (lékař), spotřebovává (pacient) a platí (pojišťovna). A konečně, dnešní systém není příliš efektivní v léčbě a zejména prevenci chronických nemocí typu cukrovky, srdečních problémů, astmatu nebo nádorů.

Co bychom tedy měli udělat? Pojdme se podívat do zahraničí. A nemusíme ani začínat v Holandsku proslulém svými liberálními reformami, ale třeba ve Velké Británii, vzoru státního zdravotnictví. V posledních 30 letech zavádějí ve zdravotnictví tzv. vnitřní trh a nakupování zdravotních služeb ze strany plátců, zvyšují konkurenci nemocnic, vpouštějí do systému soukromé poskytovatele, měří kvalitu poskytovaných služeb a dokonce experimentují s tím, že pacienti dostanou od státu příspěvek a některé druhy služeb, například dlouhodobou zdravotně sociální péči, si nakupují sami. Podobný vývoj, tedy decentralizaci rozhodování, posílení role pacienta a snahu o naplnění role nákupčích zdravotních služeb, kteří vybírají a platí zdravotnická zařízení podle jejich kvality a efektivity, vidíme všude v Evropě. Do role nákupčích se mění tradiční zdravotní pojišťovny. V zemích, kde je nemají, je tato role svěřena

regionům či obcím, případně sdružením praktických lékařů. Nákupčí mimo jiné vytváří podmínky pro lepší provázanost poskytované péče a pro její poskytování tam, kde je to často účinnější, příjemnější a levnější, tedy doma nebo v ambulanci namísto na lůžku v nemocnici. Rozvíjejí se programy integrované péče o chronicky nemocné, podporované sofistikovanými mechanismy kompenzace rizika zdravotním pojišťovnám a platbami poskytovatelům založenými na výsledku, ne na pouhé aktivitě nebo dokonce jen na existenci poskytovatele.

A jak jsme na tom v Čechách? Soudit na výhled českého zdravotnictví z programů politických stran není úplně radostné čtení. Jistě, programy jsou tu proto, aby pomohly k volebnímu výsledku, ne k tomu, aby se naplňovaly. Ale přece jen – alespoň někde by mohla být zmínka o nutnosti řešit dopady chronických nemocí nebo stárnutí obyvatelstva. Pokud už nechtějí politické strany jít do konkrétních návrhů řešení, mohly by alespoň říci, kam obecně chtějí zdravotnictví směřovat. Dovolím si levici připomenout slova Tonyho Blaira o státu, který má méně veslovat a lépe kormidlovat. Pravici zase tezi Josefa Zieleniece o nutnosti zvýšit vnitřní konkurenci a postarat se o ty, kteří v ní neuspějí.

O co se tedy v těchto volbách z pohledu zdravotnictví hraje? Optimista by mohl říci – pustíme se konečně do změn, které stejně jednou budeme muset udělat? Realista bude doufat, že si nezkomplicujeme situaci neuváženými opatřeními. A pesimista? O těch nebudu psát, máme jich všichni kolem sebe dost. Ale třeba nakonec nebudou mít pravdu. Udělat něco pozitivního se dá téměř v jakékoliv situaci. A není špatné začít u faktů a zahraničních zkušeností.

## Porovnání volebních programů parlamentních stran

Pavel Hroboň, Advance Healthcare Management Institute | 13. 11. 2013

Volby máme za sebou, ustavení vlády v době vydání tohoto newsletteru ještě ne. Přinášíme vám proto stručný přehled volebních programů stran, které se dostaly do poslanecké sněmovny. Všichni víme, že volební programy se nepíší jen za účelem jejich naplnění. Přesto považujeme za zajímavé podívat se na ně a srovnat je s tím, co české zdravotnictví potřebuje z odborného pohledu a co se děje ve zdravotnictví vyspělých evropských zemích. Pavel Hroboň na toto téma napsal článek pro Hospodářské noviny, který vám přinášíme ve zkrácené verzi v tomto newsletteri ('Co je v sázce pro české zdravotnictví?').

### Porovnání volebních programů parlamentních stran

	ODS	TOP 09	ČSSD	KDU	SZ	ANO	SPOZ	HU
<b>ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ</b>								
- Pluralita ZP	ANO Podpořit konkurenci (produkty ZP, komerční připojištění)	ANO Podpořit konkurenci	Snížování počtu	ANO	ANO	ANO	Snížování počtu na 2	-
- Zveřejnění smluv ZP nadstandardy	-	ANO	ANO	-	ANO	-	-	ANO
- Navýšení platby za státní pojištění	ANO	ANO	-	ANO	ANO	-	ANO	-
<b>ZDRAVOTNÍ PÉČE ORGANIZACE</b>								
- poplatky	-	-	Pouze 60 Kč v nemocnici (max 30 dní)	ANO (do 30 dnů)	ANO	ANO (vyjma seniorů a popl. V lékárně)	ANO u AS bez doporučení PL	ANO, revidovat
- Dlouhodobá péče vs. Sociální péče	ANO Důraz na provázání	ANO Zmíněny úhrady	ANO, propojení	-	-	-	-	-
<b>DALŠÍ</b>								
- Platy – navýšení	-	-	ANO	-	-	-	-	ANO
- Ostatní	-	Elektroniz. Nominální pojistné	-	Oddělení vlastnictví ZP a ZZ	Digitalizace	Oddělení vlastnictví ZP a ZZ Připojištění	-	-

## ODS

<http://www.ods.cz/docs/programy/volebni-program-2013.pdf>

- Stabilní financování zdravotnictví - spoluúčast pacienta s možností komerčního připojištění.
- Umožnění zaplatit si nadstandard.
- Nabídka zdravotních pojišťoven – skutečná soutěž, platba za kvalitu, programy ZP.
- Zodpovědný přístup pacienta (prevence) = finanční zvýhodnění.
- Transparentnost v informacích o kvalitě.
- Kvalitní centralizovaná péče.
- Provázanost dlouhodobé zdravotní a sociální péče.

## ČSSD

[http://www.cssd.cz/data/files/volebni\\_program.pdf](http://www.cssd.cz/data/files/volebni_program.pdf)

- Kvalitní a dostupná zdravotní péče pro všechny, veřejné neziskové zdravotní pojištění
- Zdravotní péče bude zajišťována především veřejnými neziskovými nemocnicemi státu i krajů a sítí převážně privátních ambulantních zdravotnických zařízení (systém veřejných neziskových nemocnic, na základě přijetí zákona o neziskových organizacích ve zdravotnictví, snaha zabránit privatizaci veřejných nemocnic).
- Zajistit pravidelnou valorizaci příspěvku za státní pojištěnce.
- Další snížení počtu zdravotních pojišťoven a jejich vzájemné slučování.
- Stejná úhrada za stejné výkony placená všemi zdravotními pojišťovnami.
- Zveřejnění všech smluv pojišťoven se zdravotnickými zařízeními.
- České lázeňství - indikační seznam tak, aby české lázně mohly poskytovat péči všem pacientům, kteří ji potřebují.
- V každé lékové skupině dostupný lék bez doplatku.
- Pouze příspěvek na stravu v nemocnici ve výši 60 korun, který bude placen nejdéle 30 dní v roce.
- Růst platového ohodnocení zdravotníků a jednotný způsob odměňování zdravotníků.
- Systém komplexních preventivních zdravotnických programů (prevence zhoubných nádorů, kardiovaskulárních chorob apod.) a preventivní zdravotní péče ve školách
- Propojení systému dlouhodobé zdravotní a sociální péče.

## KDU ČSL

<http://volby.kdu.cz/getmedia/0bb4631e-0fb2-478e-9d17-eea3ffd840df/KDU-CSL---Volebni-program-2013-2017.pdf.aspx>

- Systém veřejnoprávního zdravotního pojištění, provázený důslednou veřejnou kontrolou (dozorový orgán pro dohled nad zdravotními pojišťovnami).
- Ne privatizaci zdravotních pojišťoven a veřejného zdravotního pojištění.
- Tzv. nadstandardy pouze pokud neohrozí dostupnost standardní péče pro všechny občany.
- Prosadit sociálně únosnou míru spoluúčasti pacientů – zavést limit pro placení poplatků za hospitalizaci na 30 dnů ročně.
- Oddělené vlastnictví zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven.
- Zastavení úbytku odborníků.
- Navýšení plateb za státní pojištěnce.
- Zrušení stropů pojištění.
- Lázeňství – dostupnost pro pacienty.

## TOP09

<http://www.top09.cz/proc-nas-volit/volebni-program/volebni-program-2013/4-zdravotnictvi-13775.html>

- Moderní veřejné zdravotnictví a zdravý způsob života – prevence, boj proti kouření a alkoholu
- Veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb - zachování plurality a zákonem řízené konkurence poskytovatelů péče i zdravotních pojišťoven.
- Další zvyšování dostupnosti nejdražší péče ve specializovaných centrech.
- Dořešení organizace a úhrad služeb na pomezí zdravotního a sociálního systému.
- Posilování role ambulantní péče praktických lékařů i specialistů.
- Posilování kompetence sester a dalších nelékařských pracovníků, odpovídající jejich vzdělání; další zvyšování průměrné mzdy zdravotníků v souladu s růstem efektivity systému.
- Dopracování legislativy pro definování nároku včetně nadstandardu.
- Sociálně citlivé zvyšování finanční spoluúčasti na zdravotních službách tak, aby bylo možno zachovat úroveň zdravotní péče bez zvyšování povinného zdravotního pojištění.
- Zpřísnění dohledu a podmínek hospodaření zdravotních pojišťoven a posílení konkurence mezi nimi.
- Postupné zavádění prvků nominálního pojistného.
- Povinnost zdravotních pojišťoven zveřejňovat všechny smlouvy.
- Bonifikace pojištěnců za prevenci a zdravý způsob života.
- Elektronická zdravotnické dokumentace.
- Odstátnění ministerstvem přímo řízených nemocnic a léčeben do podoby neziskových organizací, fakultní nemocnice změnit na nemocnice univerzitní s vyrovnaným zastoupením státu a škol ve správních radách.

## Strana zelených

[http://www.zeleni.cz/program-dustojny-zivot-v-moderni-spolecnosti/#zdrav\\_v\\_dobruch\\_rukou](http://www.zeleni.cz/program-dustojny-zivot-v-moderni-spolecnosti/#zdrav_v_dobruch_rukou)

- Poplatky - poplatek za pobyt na lůžku v nemocnici 60 Kč/den, max 30 dní, poplatek za pohotovost, zrušení poplatku pro děti do 18 let.
- Důraz na prevenci, i prevenci ve školách, prevence vzniku závislostí.
- Nadstandardy ano (zvýšené pohodlí pacienta nebo zákroky, jež nejsou lékařsky indikovány).
- Pluralita vlastníků zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, ale ne soukromému vlastnictví a privatizaci.
- Navýšení plateb za státní pojištěnce.
- Zákaz kouření v restauracích.
- Zpřístupnění informací o zdravotní péči a jejích podmínkách- informace o kvalitě.
- Transparentnost systému veřejného zdravotnictví - smlouvy mezi poskytovateli a pojišťovny.
- Stanovení pravidel pro férový rozvoj digitalizace a informatizace zdravotnictví.

## ANO

<http://www.anobudeli.cz/cs/o-nas/program/resortni-program/>

- Jasně definovaný preventivní program s bonusy.
- Regulační poplatky ano, revidovat - zrušit poplatek za recept a všechny poplatky pro seniory.
- Zákon o zdravotních pojišťovnách - pojištění s možností připojit se.
- On-line veřejně přístupné účty pojišťoven za poskytnutou péči, pacienti si budou moci své účty kontrolovat.
- Zastavení nákupu předražené zdravotnické techniky, zdravotnického materiálu.

- V rámci zákona o zdravotnických zařízeních prosazovat jejich jasné vymezení pro akutní, následnou a specializovanou péči a hustotu jejich sítě.
- Zřízení elektronických aukcí léků, zdravotnického materiálu a zdravotnické techniky s povinností zveřejňovat smlouvy včetně ceny na internetu.
- Základní lék plně hrazen ze zdravotního pojištění.
- Proti společnému vlastnictví nemocnic a pojišťoven.
- Narovnání sesterských a ošetrovatelských pozic a jasné definování práv a povinností těchto profesí s plnou odpovědností.

## Hnutí úsvit

<http://www.hnutiusvit.cz/wp-content/uploads/2013/04/program-HU.pdf>

- Revize systému poplatků s cílem zabránit zneužívání zdravotního systému.
- Zveřejňování smluv s pojišťovkami a jednotného ceníku zdravotní péče.
- Zefektivnění investice do nemocnic zavedením nezávislého finančního auditu.
- Navýšení platů lékařů a ostatního zdravotního personálu.

## Legislativní novinky (červenec – říjen 2013)

Lenka Novotná, Oborová Zdravotní pojišťovna | 13. 11. 2013

Přinášíme Vám základní přehled legislativního vývoje v českém zdravotnictví od letošního července do října. Přesto, že po celé toto období se vláda nacházela v demisi, Poslanecká sněmovna byla rozpuštěna a navíc bylo období prázdnin a dovolených, legislativně se toho dělo vcelku dost. Činil se i Ústavní soud, který vyhlásil dva dlouho očekávané nálezy.

**30. 10. 2013** Ústavní soud vyhlásil nálezný sp. zn. Pl ÚS 19/13, kterým rozhodl o neústavnosti vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. Vykonatelnost nálezu však byla z důvodu zachování právní jistoty a stability systému financování zdravotní péče odložena na konec roku 2014, aby mohla být vyhláška použita ještě v příštím roce za účelem vyúčtování zdravotních služeb poskytnutých v roce 2013. Ústavní soud výslovně uvádí, že na povinnosti Ministerstva zdravotnictví vydat úhradovou vyhlášku pro rok 2014 se nic nemění; tato nová právní úprava však navíc musí reflektovat ústavně právní požadavky formulované v nálezu. Neústavnost stávající vyhlášky přitom Ústavní soud spatřuje mj. v tom, že tzv. regulační srážky jsou pro poskytovatele nepředvídatelné, neboť poskytovatel jejich výši často není vůbec schopen odhadnout, natož ovlivnit. Zdravotní pojišťovny navíc mohou zcela volně uvážit, zda a v jakém rozsahu regulační srážku uplatní, což může vést k selektivnímu uplatňování srážek a znevýhodňování některých poskytovatelů. Za základní a největší problém ovšem Ústavní soud považuje fakt, že úhradová vyhláška nerozlišuje mezi překročením objemu péče v důsledku skutečného plýtvání či nadužívání péče a v důsledku plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele, přičemž v druhém případě ve vyhlášce absentuje nárok na dorovnání či kompenzaci. Napadená vyhláška je proto v rozporu s čl. 26 Listiny základních práv a svobod a současně též ohrožuje právo na ochranu zdraví dle čl. 31 Listiny, neboť nutí poskytovatele, aby ve vlastním ekonomickém zájmu omezovali poskytovanou zdravotní péči (odkládali plánované operace a zákroky na další kalendářní rok) nebo se poskytování vyhýbali. V neposlední řadě Ústavní soud shledal neústavnost také v nerovném postavení smluvních a nesmluvních poskytovatelů při proplácení úhrad za poskytnutou neodkladnou péči, kdy v případě nesmluvních poskytovatelů se snižuje hodnota bodu na 75 % standardní hodnoty.

**30. 10. 2013** vyšlo ve Sbírce zákonů zákonné opatření Senátu č. 342/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tímto právním předpisem se zvyšuje vyměřovací základ pojistného na všeobecné zdravotní pojištění u osoby, za kterou je plátcem pojistného na toto pojištění stát – tj. dochází ke zvýšení „platby státu za státní pojištěnce“, a to o necelých 9%. Vyměřovací základ se zvyšuje z 5.355 Kč na 5.829 Kč, což v přepočtu na osobu a měsíc činí 787 Kč namísto stávajících 723 Kč. Podle důvodové zprávy by tato změna měla v roce 2014 přinést do systému veřejného zdravotního pojištění cca 4,7 mld. Kč navíc. Legislativní proces však proběhl neočekávaně rychle a zákonné opatření nabylo účinnosti již k 1.11., tedy o dva měsíce dříve, než se očekávalo. To do systému v.z.p. přinese další (neplánované) zdroje navíc, ač s tímto výdajem letošní státní rozpočet nepočítá.

**10. 10. 2013** předložilo Ministerstvo zdravotnictví vládě ke schválení návrh novely zákona č. 48/1997 Sb., jehož cílem je implementovat do českého právního řádu směrnici Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Téměř

totožný návrh byl již jednou vládou schválen a projednáván v PS PČR jako sněmovní tisk 1057, ale v důsledku rozpuštění PS nebyl legislativní proces dokončen. Transpoziční lhůta pro směrnici uplynula dne 25. října 2013, směrnice se tedy tímto dnem stala součástí českého právního řádu a je přímo použitelná. Směrnice shrnuje a sjednocuje dosavadní judikaturu ESD týkající se volného pohybu služeb v oblasti poskytování zdravotní péče; evropští pojištěnci mohou čerpat zdravotní péči v kterémkoli členském státě za stejných podmínek jako doma a mají právo na náhradu vynaložených nákladů až do výše úhrady odpovídající hrazené péči v domovském státě. Vycestování za některou péčí lze podmínit předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny – připravovaný zákon počítá s vydáním nařízení vlády, v němž bude obsažen seznam těchto předem schvalovaných přeshraničních zdravotních služeb.

**8. 10. 2013** představilo Ministerstvo zdravotnictví [strategii reformy psychiatrické péče v ČR](#), která si klade za cíl zlepšit kvalitu života duševně nemocných.

**30. 9. 2013** bylo ukončeno meziresortní připomínkové řízení k [návrhu novely zákona č. 48/1997 Sb.](#), který reaguje na nedávný nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11, jenž uplynutím 31. prosince 2013 ruší regulační poplatek za lůžkovou péči (důvody zrušení jsou popsány níže v tomto přehledu). Cílem novely je zachování rovnováhy systému poskytování lůžkové péče i po 31. prosinci 2013. Navrhuje se stanovení regulačního poplatku za lůžkovou péči ve výši 60 Kč za kalendářní den s tím, že z povinnosti platit tento regulační poplatek budou osvobozeni děti do dne dovršení 18 let věku. Vypořádání připomínkového řízení nebylo prozatím zveřejněno.

**26. 9. 2013** ministr zdravotnictví Martin Holcát [odmítl požadavek na úpravu úhradové vyhlášky pro rok 2013](#) s odůvodněním, že změna tohoto předpisu není z právních ani faktických důvodů možná. Ministr vyzval zástupce nemocnic i pojišťoven, aby se podíleli na přípravě vyhlášky pro rok příští s tím, že ministerstvo hodlá návrh této vyhlášky předložit do konce října. Zatím se tak ke dni uzávěrky tohoto monitoringu nestalo.

**15. 8. 2013** bylo ukončeno meziresortní připomínkové řízení k [návrhu novely zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách](#). Návrhem novely se podle Ministerstva zdravotnictví sleduje zejména posílení zásad řádného hospodaření zdravotních pojišťoven, a to včetně kontroly a dohledu, a dále se navrhuje zjednodušit procesní pravidla pro tvorbu, projednávání a schvalování zdravotně pojistného plánu. Vypořádání připomínkového řízení nebylo prozatím zveřejněno.

**5. 8. 2013** byl ve Sbírce zákonů pod [č. 238/2013 Sb.](#) vyhlášen Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ve věci návrhu na zrušení některých ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Ke dni vyhlášení nálezu bylo zrušeno zákonné zmocňovací ustanovení, které umožňovalo označit ve vyhlášce ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče, jež mohly být poskytovány jako částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Ke stejnému dni byly zrušeny i příslušné části dotčené vyhlášky č. 134/1998 Sb., seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a zákonné ustanovení umožňující zdravotní pojišťovně uložit poskytovateli pokutu v souvislosti s těmito „nadstandardy“. Zároveň Ústavní soud ke dni 31.12.2013 zrušil regulační poplatek za lůžkovou péči a další související ustanovení, včetně ustanovení týkajících se ukládání pokut poskytovateli zdravotní pojišťovnou. Zrušení právní úpravy „nadstandardů“ odůvodnil Ústavní soud tím, že právo občanů na hrazenou zdravotní péči garantované Listinou základních práv a svobod může být omezeno pouze zákonem; v tomto případě ovšem zákonodárce provedl hlavní část úpravy (tj. určení konkrétních nadstandardů) ve vyhlášce, což Ústavní soud shledal nedostatečným. Samotnou existenci legálně



poskytované „nadstandardní“ zdravotní péče částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění ovšem Ústavní soud výslovně připustil jako možnou za předpokladu, že zákonodárce provede vymezení této péče zákonem. Pokud jde o regulační poplatek za lůžkovou péči, Ústavní soud konstatoval, že zvýšení o 2/3 již nelze považovat za marginální, a je tedy na místě se problematikou znovu zabývat. Ústavní soud shledal, že poplatek se platí za každou hospitalizaci bez ohledu na to, zda je pobyt na lůžku nedílnou součástí léčby, nebo zda se jedná v podstatě o hotelovou službu. A protože tedy není možné čerpat lůžkovou péči bezplatně ani v případech, kdy pro pojištěnce neexistuje jiná alternativa, a protože povinnost platit poplatek dopadá plošně na všechny (i znevýhodněné) osoby, a to bez jakýchkoliv finančních stropů či časových limitů, mohou se pacienti dostat do finančně neúnosné situace, což podle Ústavního soudu popírá podstatu solidarity. Co se týče pravomoci zdravotních pojišťoven ukládat pokuty poskytovatelům zdravotních služeb, Ústavní soud i vzhledem k maximální výši pokuty (1 mil. Kč) shledal, že dominantní postavení pojišťoven v kombinaci se sankční pravomocí zakládá již ústavně neakceptovatelnou nerovnost a není na straně poskytovatelů zdravotních služeb ničím vyváženo.

**1. 8. 2013** nabylo účinnosti nařízení vlády č. 210/2013 Sb., kterým se zvyšuje minimální mzda z dosavadních 8 000 Kč na 8 500 Kč. Následkem toho došlo jednak ke zvýšení pojistného na veřejné zdravotní pojištění placeného osobami bez zdanitelných příjmů, jednak ke zvýšení minimálního vyměřovacího základu zaměstnanců.

**3. 7. 2013** vláda v demisi přijala [návrh zákona o zdravotnických prostředcích](#), který zakotvuje podmínky pro nakládání se zdravotnickými prostředky ve všech fázích jejich existence, počínaje posuzováním bezpečnosti a účinnosti přes výrobu, vstup na trh, distribuci, prodej a používání, až po jejich likvidaci. Z důvodu rozpuštění Poslanecké sněmovny PČR zatím legislativní proces nepokračuje.

## Novinky v seznamu výkonů

Daniel Hodyc, Advance Healthcare Consulting | 13. 11. 2013

Ministerstvo zdravotnictví započalo v roce 2010 projekt kultivace Seznamu zdravotních výkonů, který od roku 1997 nebyl nijak zásadně upravován. Hlavním cílem kultivace vedle vzniku software bylo revidovat a sjednotit vstupní parametry, zejména cenu přístrojů, léků a zdravotnického materiálu. Do této doby byly prováděny pouze dílčí úpravy na návrh odborných společností nebo z iniciativy MZ ČR. Rozdílný přístup poskytovatelů k vykazování zdravotní péče podle platného seznamu, stejně jako přístup odborných společností k úpravám SZV vytvářel zdroj deformací a neobjektivních relací v této základní podzákoně normě pro vykazování poskytnuté zdravotní péče. Kultivace kladla důraz na věcnou správnost změn. Spolu s vytvořením software umožnila udržovat a aktualizovat položky v registračních listech dle jednotných pravidel. Zároveň při akceptování aktuálních cen a úrovně medicínských postupů zajistila udržování systematického přístupu napříč všemi odbornostmi.

Některých cílů bylo dosaženo již v první fázi kultivace (např. úprava a sjednocení položek léků, zdravotnického materiálu a zdravotnických prostředků – ačkoliv tyto změny nejsou ještě platné a vzhledem k vydání pouze malé novely, budou tyto změny až součástí další novely v příštím roce. V databázi už je tak upraveno.). Byly vyřazeny dlouhodobě nepoužívané výkony, sjednoceny podobné výkony v různých autorských odbornostech, zjednodušena struktura klinických vyšetření (součást loňské vyhlášky 467/2012 Sb).

### Změny plánované s účinností od roku 2014 – malá novela

Na základě jednání pracovní skupiny pro SZV byly do jednotlivých kapitol textových částí vyhlášky zaneseny změny:

- v souvislosti se zavedenými novými zdravotními výkony do seznamu výkonů
- v návaznosti na nález Ústavního soudu, který v zákoně č. 48/1997 Sb. zrušil pojem „ekonomicky náročnější varianta“
- v návaznosti na valorizaci v oblasti minutové režie z důvodů inflace
- v návaznosti na valorizaci režijních nákladů v oblasti výkonů přepravy
- v názvosloví odbornosti lékaře v souladu s vyhláškou č. 286/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění vyhlášky č. 361/2010 Sb.
- v návaznosti na změny uvedené ve vyhlášce č. 467/2012 Sb. byly vypuštěny výkony, jejichž obsahem byla již neexistující kategorie výkonu „Q“,
- Zařazení tzv. výkonů ve veřejném zájmu:
  1. Transplantační výkony, které nemají vazbu na žádný jiný chirurgický tzv. „skládačkový výkon“
    - Komplexní transplantologické vyšetření potencionálního dárce
    - Vyšetření před zařazením na čekací listinu (waiting list)

- Komplexní vyšetření lékařem provádějícím transplantace
- Cílené vyšetření lékařem provádějícím transplantace
- Kontrolní vyšetření lékařem provádějícím transplantace
- Příprava odběrů orgánů u dárce bez srdeční aktivity (nbhd)
- Adjustace ledviny ke strojové perfusi
- Transplantace jedné plíce
- Pulzní perfúze orgánů k transplantaci – ledviny
- Posouzení zdravotní způsobilosti zemřelého dárce k odběru orgánů - indikace odběru
- Posouzení zdravotní způsobilosti zemřelého dárce – kontraindikace k odběru orgánů
- Organizace a koordinace odběru orgánů zemřelého dárce a s ním souvisejících činností

Výkony se provádějí a vykazují samostatně. Nejsou součástí tzv. „chirurgické skládačky“.

Dále byly zařazeny výkony:

- Superkonziliární vyšetření internistou
- Neinvazivní ambulantní monitorování krevního tlaku – sdílení pro 001. Jedná se o kardiologický výkon, o jehož sdílení požádali praktičtí lékaři.
- Komplexní vyšetření těhotné ženy porodní asistentkou
- Kontrolní vyšetření těhotné ženy porodní asistentkou
- Vedení porodu vaginálně - hlavičkou porodní asistentkou při supervizi lékařem
- Měření abi (indexu kotník-paže) na čtyřech končetinách oscilometrickou metodou
- Plánování stereotaktické radioterapie a radiochirurgie
- Permanentní brachyterapie karcinomu prostaty
- Intersticiální high dose rate /hdr/ brachyterapie karcinomu prostaty
- Stereotaktická radioterapie lineárním urychlovačem
- Stereotaktická radiochirurgie lineárním urychlovačem
- Radioterapie řízená obrazem (igrt) s trojrozměrným zobrazením
- Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče
- Vyšetření adiktologem kontrolní
- Minimální kontakt adiktologa s pacientem
- Adiktologická terapie individuální
- Adiktologická terapie rodinná
- Adiktologická terapie skupinová, typ i., pro skupinu maximálně 9 osob á 120 minut

## Změny plánované s účinností od roku 2015/ poloviny 2014

Mezi výkony projednané a zkontrolované pracovní skupinou, u kterých byly odsouhlaseny změny s pravděpodobnou platností až od roku 2015, patří výkony odborností:

- interních (včetně invazivních výkonů v odbornosti kardiologie),
- komplementu,
- mezioborové,
- nelékařských odborností,
- popáleninové medicíny,
- ortopedické protetiky,
- foniatrie, dětské otorinolaryngologie,
- oftalmologie.

Ve zmíněných odbornostech byly prováděny změny ve výkonech v několika rovinách. Hlavní změny, které byly po odsouhlasení pracovní skupinou učiněny napříč všemi odbornostmi, se dají rozdělit do následujících skupin:

1. Došlo ke zrušení nebo zavedení některých výkonů.
2. Úprava hrazeného množství u přímo spotřebovaného materiálu a u přímo spotřebovaných léčiv, které ve výkonu nebyly spotřebovány.
3. Úprava nositelů výkonů.
4. Přeřazení některých jednotlivých výkonů do správných režijních skupin.
5. Provedeny úpravy v přímo spotřebovaném materiálu, kde byly chybně zahrnuty i položky režijní a položky ZUM.
6. Upraveno OM (omezení místem) a OF (omezení frekvencí) ve výkonech.
7. Úprava popisu výkonů v souladu s náplní a definicí samotného výkonu a v souladu s právními předpisy.

# Program na zlepšení stavu výživy dialyzovaných pacientů

## Souhrn závěrečné práce studenta programu MHA

Tomáš Macháček, Advance Healthcare Management Institute | 13. 11. 2013

O autorovi práce: Mgr. Ivana Lupoměská je hlavní sestrou sítě dialyzačních center společnosti Fresenius Medical Care –DS, s.r.o., která provozuje v České republice 19 dialyzačních středisek, v kterých zabezpečuje péči pro více než 1300 chronicky dialyzovaných pacientů.

Je známo, že neuspokojivý nutriční stav zvyšuje mortalitu a snižuje kvalitu života dialyzovaných pacientů, přičemž příčinou je nesprávné chování pacientů v době mezi dialýzami. Mgr. Ivana Lupoměská ve své závěrečné práci programu MHA zpracovala podrobný návrh unikátního edukačního a motivačního programu pro rizikovou skupinu chronicky dialyzovaných pacientů identifikovanou neuspokojivými biochemickými parametry souvisejícími se stavem výživy (25-30% dialyzovaných pacientů).

Navržený program je vysoce nákladově efektivní alternativou uspořádání, v kterém jsou za edukaci dialyzovaných pacientů zodpovědní specializovaní experti, tzv. nutriční terapeuti. Program definuje a podrobně popisuje novou roli, roli koordinátora nutriční, a tuto roli přisuzuje vybraným zkušeným dialyzačním sestrám v týmu dialyzačního střediska. Koordinátorky nutriční jsou zodpovědné za vlastní provádění programu uvnitř komunity nemocných svého dialyzačního střediska a jsou metodicky vedeny nutričním terapeutem, jehož kapacitu tak sdílejí v programu všechna dialyzační střediska.

Práce podrobně popisuje strukturu vlastního edukačního a motivačního programu, podrobně zpracovává zodpovědnost a náplň role koordinátorek nutriční a vztah koordinátorek nutriční k nutričnímu terapeutovi v rámci programu. Program přiznává pacientovi aktivní roli a činí ho spoluzodpovědným za výsledek, čímž se pacient de facto stává členem terapeutického týmu dialyzačního střediska. Program obsahuje prvky pozitivní motivace a hry, a to z něj činí ojedinělý příklad inovativního konceptu „reward based healthcare“.

Práce obsahuje i základní analýzu nákladů a harmonogram implementace, v kterém je plánována i fáze vyhodnocení výsledků, nechybí tedy ani konkrétní sada cílových parametrů a popis jejich vyhodnocování. Harmonogram počítá i s dalším vývojem programu na základě vyhodnocení výsledků po prvním půlroce fungování.

Práci jsem byl nadšený. Program, který Ivana navrhla, má podle mého názoru před sebou skvělou budoucnost: domnívám se, že se stane vzorem k napodobování v evropském měřítku.

# Udržitelnost inovací v onkologii

## Souhrn závěrečné práce studenta programu MHA

Henrieta Tulejová, Advance Healthcare Management Institute | 13. 11. 2013

O autorovi práce: Prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D. | [finek@fnplzen.cz](mailto:finek@fnplzen.cz) | primář Onkologického a radioterapeutického oddělení, Fakultní nemocnice Plzeň, přednosta Onkologické a radioterapeutické kliniky.

Česká republika se v incidenci zhoubných novotvarů již dlouho udržuje na předních místech v Evropě. Onkologie byla jako jeden z prvních oborů schopna přesně definovat svoji potřebu inovace cílenými léky. V době dostupnosti - tedy platby za pacientem, si vybudovala slibný rozpočet, ovšem přínos inovací se zastavil. Náklady na léčbu v onkologii v českém zdravotnictví donedávna rostly. Výkonnost současné ekonomiky naopak klesá. A s tím roste i problém s omezenými zdroji pro české zdravotnictví vzhledem k dnešnímu způsobu financování založeném na odvodech z mezd.

Ve své práci se profesor Fínek zabývá úvahou o tom, že současná časová a místní dostupnost léčby (nejenom) onkologických onemocnění je při dnešních finančních limitech v platebních mechanismech pouze na papíru. Poskytovatelé se v rámci úhradové vyhlášky kládou 3 limity úhrad cílené léčby. První z nich je stanovený počet unikátních rodných čísel, druhou celkový objem prostředků a třetí pak průměr nákladů na léčbu, kdy, překročí-li náklady zmíněný průměr, budou hrazeny do výše průměru. Zajištění dostupnosti léčby je tak možné pouze získáním prostředků pro onkologii na úkor jiných onemocnění nebo technologií. Tento přístup je v případech některých technologií bez prokázané efektivity a účinnosti opodstatněný, ale pouze s omezeným prostorem na růst. V případě jiných onemocnění a jejich standardů léčby je však bez výrazného zvýšení účinnosti léčby onkologických onemocnění nebo snížení nákladů není možné uplatnit. Náklady na léčbu onemocnění v onkologii jsou o několik řádů vyšší než u jiných závažných onemocnění. Dle dat z VZP jsou průměrné roční náklady na léčbu pokročilého karcinomu ledviny 1 milion Kč. Doba do progresu je cca 11 měsíců a nemocný cca do dvou let zemře. V porovnání s tím za léčbu roztroušené sklerózy zaplatíme 262 416 Kč – 469 000 Kč a za ankylozující spondylitidu cca 492 000 Kč. Obě tyto nemoci nelimitují své nositele přežitím pouze dva roky.

Jako další možnost, i když velmi málo pravděpodobnou vzhledem k politické neprůchodnosti, uvádí možnost hradit pouze část nákladů z veřejného zdravotního pojištění. Poslední možností je pak využívání tzv. risk sharingových kontraktů, kde poukazuje na neudržitelnost dnešního přístupu plátců, kteří nabízejí úhradu prvních X kusů léku a pak požadují bezplatné dodávky od výrobce. V onkologii je to však velmi obtížně akceptovatelné, protože se léčí do progresu onemocnění či významné toxicity. Účinný a dobře tolerovaný lék je tedy podáván dlouho a výrobce by tedy byl trestán za svůj úspěch. Logickým se pak jeví opačný model, tj. prvních Y kusů léku at' zaplatí výrobce. Pokud lék prokáže účinnost, plátce převezme plnou nebo částečnou úhradu. Takovýto kontrakt by měl zvýšit motivaci výrobce zajistit ve spolupráci s poskytovatelem dostupnost léčby pouze pro cílovou skupinu pacientů, kterým daná léčba nejpravděpodobněji může pomoci.

Nevyhnutelnou otázkou v této souvislosti je i systémové hodnocení nákladové efektivity technologií. Obavy z jeho zavedení jsou nemalé vzhledem ke zkušenostem v některých zemích, např. Polsko, ale jeho nezavedení vede k zařazování do úhrad z veřejného zdravotního pojištění i technologií bez indikačních omezení nebo prokázaného účinku. Tyto peníze potom chybějí na léčbu jiných pacientů.

Advance Hospital Analytics Vás pozývá na konferenci na téma:

## Budoucnost DRG v ČR v letech 2014 – 2016

Datum a čas konání: středa **11.12.2013, 9.00 – 14.45**

Místo konání: **AQUAPALACE Hotel Prague**, konferenční sál, Pražská 137, Čestlice

Program:

### 9.00 – 11.30 Dopolední blok

- 9.00 – 9.20: Co všechno je potřeba k tomu, aby DRG dobře fungovalo v úhradách zdravotní péče  
*MUDr. Ing. Daniel Hodyc, PhD, Advance Hospital Analytics*
- 9.20 – 10.00 Inovativní přístup ke kultivaci DRG v ČR od roku 2014  
*MUDr. Petr Tůma, DRG expert, Advance Hospital Analytics*
- 10.00 – 10.30 Přestávka na kávu a občerstvení
- 10.30 – 11.00 Jak mohou nemocnice ovlivnit relativní váhy a úhrady zdravotní péče  
*Ing. Petr Mašek, Health Analytics Leader, IBM ČR*
- 11.00 – 11.30 Scénáře využití DRG v úhradách, možnosti zavedení jednotné základní sazby v ČR  
*Mgr. Jan Kvaček, vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění, MZČR*
- 11.30 – 12.30 Přestávka na oběd

### 12.30 – 14.45 Odpolední blok

- 12.30 – 12.50 Využití DRG v řízení nákladů nemocnice  
*Ing. Robert Czekus, ekonomický náměstek FN Brno*
- 12.50 – 13.10 Úhrady center specializované péče v systému DRG  
*Ing. Jiří Mrázek, ředitel odboru úhrad zdravotní péče VZP ČR*
- 13.10 – 13.30 Přístup kardiovaskulární chirurgie k tvorbě DRG markerů – vhodný příklad pro jiné specializace?  
*Doc. MUDr. Petr Němec, MBA/MUDr. Štěpán Černý, MBA – Česká společnost kardiovaskulární chirurgie*
- 13.30 – 13.45 Diskuse
- 13.45 – 14.45 Panelová diskuse na téma: Co nám DRG přináší a jak ho chceme rozvíjet.  
Účastníci:
- MUDr. Tomáš Jedlička, ředitel nemocnice Mělník
  - MUDr. Roman Kraus, MBA, ředitel Fakultní nemocnice Brno
  - Ing. Jiří Mrázek, ředitel odboru úhrad zdravotní péče VZP ČR
  - Doc. MUDr. Petr Němec, MBA, Česká společnost kardiovaskulární chirurgie
  - Ing. Helena Rögnerová, náměstkyně pro zdravotní pojištění MZ ČR
  - zástupce představenstva Národního referenčního centra
- 14.45 Občerstvení

Advance Healthcare Management Consulting Vás pozývá na seminář na téma:

## Rozbor aktuálně zveřejněné verze Úhradové vyhlášky na rok 2014, se zaměřením na oblast akutní lůžkové péče

Datum a čas konání: středa **11.12.2013, 15.00 – 16.30** (program workshopu bude po přestávce navazovat na DRG konferenci)

Místo konání: **AQUAPALACE Hotel Prague**, konferenční sál, Pražská 137, Čestlice

Program:

- 15.00 – 16.30:                   Technický rozbor vyhlášky v oblasti akutní lůžkové péče  
*MUDr. Ing. Daniel Hodyc, PhD, Advance Healthcare Management Consulting*
- 15.45 – 16.30                   Diskuse se zástupcem Ministerstva zdravotnictví ČR



Mnozí lidé se změn ve zdravotnictví obávají. Studenti našeho programu se učí změny ve zdravotnictví využívat.

V lednu 2014 otevíráme již

## 5. ročník vzdělávacího programu pro manažery ve zdravotnictví Master of Healthcare Administration

Podrobnější informace o studijním programu (např. kdo u nás studoval a co si o programu myslí či podrobnou obsahovou skladbu) a možnosti získat stipendium do 29.11.2013 naleznete na webu [www.advanceinstitute.cz](http://www.advanceinstitute.cz).