

24. 1. 2005

Vezměte, prosíme, na vědomí, že text článku odpovídá platné právní úpravě ke dni publikace.

Vyhláška o úhradách zdravotní péče

Ve čtvrtek 20.1.2005 podepsala ministryně zdravotnictví Milada Emmerová vyhlášku o úhradách vybraných segmentů zdravotní péče na 1. pololetí 2005. Tyto segmenty představují akutní lůžkovou péči a ambulantní specializovanou péči. Celkově se jedná o cca 54% objemu z celkových úhrad.

Důvody pro vydání úhradové vyhlášky Ministerstvem zdravotnictví spočívají v řadě faktorů.

Především ve skutečnosti, že segment lůžkové péče se nedohodl o úhradách po dobu šesti let tj. pro 12 pololetí.

Dále v tom, že podíl úhrad lůžkové péče se v posledních letech snižuje (v roce 2001 to bylo 50,1% a v roce 2004 jen 46,2% z celkového objemu úhrad).

Tato vyhláška dává možnost snížit nadbytečné náklady až o 10% a společně s růstem úhrad o 3 - 4 % vytváří prostor pro zvýšení mezd v nemocnicích, poskytuje též jasná pravidla pro úhrady s přesným vymezením variant, odstraňuje různost výkladů při aplikaci předchozí vyhlášky z roku 2003 zejména v oblasti stanovení referenčních období.

Zákon [48/1997 Sb.](#), O veřejném zdravotním pojištění, zmocňuje Ministerstvo zdravotnictví k vydání vyhlášky o úhradách. Současnou diskusi o dostatečnosti tohoto zmocnění může rozhodnout pouze ústavní soud, který takto zatím neučinil v případě předchozí vyhlášky.

Pokud jde o odpůrci vyhlášky zmiňovaný negativní dopad na pacienty, Ministerstvo zdravotnictví žádný takový dopad nepředpokládá, protože redukce nákladů se bude týkat především nadbytečné péče. Tou se rozumějí zbytečně opakované zdravotnické výkony, nadbytečně opakovaná ošetření a neodůvodněné prodlužování ošetrovací doby.

Úhrady v rámci segmentu ambulantních specialistů jsou vyhláškou nastaveny tak, aby byl vytvořen prostor pro případný přesun péče z lůžkové péče.

Z hlediska kritiky finančních dopadů vyhlášky odmítáme názory zejména zástupců zdravotních pojišťoven, a v návaznosti na ně i představitelů Koalice ambulantních lékařů, kteří varují před výraznou destabilizací celého systému financování zdravotnictví. Pojišťovny tvrdí, že se může finanční deficit v letošním roce zvýšit až na 20 mld. Kč ze současných 9 mld. Kč. Tento odhad je proveden na celý rok, ale vyhláška stanovuje úhrady jen pro první pololetí a nelze tedy předjímat úhrady druhého pololetí, o kterých zdravotní pojišťovny a poskytovatelé v současné době zahajují dohodovací řízení.

Vyhláška upravuje úhrady cca 54% (tj. cca 41,5 mld. Kč) objemu péče pro první pololetí 2005 s předpokládaným navýšením přibližně 4% (cca 1,7 mld. Kč), což při předpokládaném navýšení příjmů v rozsahu 5 - 6 % oproti roku 2004 (tj. 4,2 mld. Kč za 1. pololetí) by nemělo zvýšit současný deficit. Předpokladem je však odpovědnost zdravotních pojišťoven při realizaci úhrad pro ostatní segmenty zdravotní péče, které neupravuje úhradová vyhláška.

Předpoklad navýšení příjmů o 5 - 6% pro rok 2005 považuje Ministerstvo zdravotnictví za reálný, protože za rok 2004 bylo navýšení příjmu o 6,71%.

Zdroj: MZ ČR

© EPRAVO.CZ - Sbírka zákonů, judikatura, právo | www.epravo.cz