

Adam VOJTĚCH
ministr

V Praze dne února 2019
Č.j.: MZDR 6543/2019-3/CAU



MZDRX015BQFO

Vážený pane senátore,

odpovídám na Váš dopis ze dne 8. února 2019, který jste mi zaslal v souvislosti s mým rozhovorem pro Lidové noviny publikovaným dne 7. února 2019.

V první řadě je nutné uvést, že Ministerstvo zdravotnictví se neobává, že by Ústavní soud návrhu podanému Vámi zastupovanou skupinou senátorů na zrušení napadených pasáží zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, vyhověl a ustanovení tohoto zákona shledal protiústavními. Jsme přesvědčeni, že tato ustanovení podmínkám stanoveným ústavními předpisy a vyplývajícím z dosavadních rozhodnutí Ústavního soudu vyhovují. I přesto, že nijak nepopíráme existenci mnoha dílčích problémů v českém veřejném zdravotnictví, nedomníváme se, že tyto problémy by byly způsobeny protiústavní právní úpravou, stejně jako se nedomníváme, že zrušení současné právní úpravy by tyto problémy napravilo.

Když jsem nicméně v rozhovoru pro Lidové noviny uvedl, že „pokud by stížnost Ústavní soud v tomto gardu posvětil, skutečně to znamená zásadní zlom a chaos“, pak jsem tím měl na mysli skutečnost, že návrh skupiny senátorů nepřichází s realistickými řešeními, jak úhrady ve zdravotnictví koncipovat spravedlivěji a především k většímu prospěchu pojištěnců. Jsem přitom přesvědčen, že o dostupnost bezplatné zdravotní péče pro pojištěnce jde vždy na prvním místě a jiné zájmy nikdy nesmějí dostat přednost, jakkoliv je samozřejmě nutné pečlivě šetřit i práva a oprávněné zájmy všech ostatních zainteresovaných subjektů.

Návrh senátorů přichází pouze s myšlenkou zbořit stávající systém. Jde přitom o systém, který funguje, a byť v řadě dílčích oblastí nefunguje ideálně, pojištěncům v mezinárodním srovnání v neobvykle vysoké míře dostupnost zdravotní péče skutečně garantuje¹. Návrh přitom nepřichází s žádným jiným řešením, kterým by stávající systém

¹ Viz např. RITA BAETEN ET AL. *Inequalities in access to healthcare: A study of national policies*. Brussels: European Commission, 2018.

Z tohoto mezinárodního srovnání vypracovaného v roce 2018 Evropskou komisí jednoznačně vyplývá, že s ohledem na podíl hrubého domácího produktu, který jde na české zdravotnictví, patří ČR v rámci EU mezi





bylo možné po jeho zrušení nahradit. Využití běžných nástrojů obchodního práva a institutu veřejných zakázek, které je v návrhu opakovaně zmiňováno, není podle názoru Ministerstva zdravotnictví návrhem realistickým. Takové řešení by znamenalo pouze nárůst cen hrazených služeb a administrativních nákladů systému a s tím spojené obrovské plýtvání veřejnými prostředky za současného snížení dostupnosti bezplatné zdravotní péče pro obyvatelstvo (a tomu odpovídající obohacení některých zájmových skupin). Důsledkem by tedy byl pravý opak toho, co skupina senátorů, v jejímž čele stojíte, deklaruje jako úmysl sledovaný podáním této stížnosti.

Zrušení nedokonalého, ale fungujícího systému, bez současného návrhu jeho lepší nebo alespoň stejně dobré alternativy, by pak nepochybně znamenalo chaos, který by poškodil především všechny pacienty. To je také podstatou mého vyjádření, proti kterému se ohrazujete. V tomto směru nepochybně lze mít určitou racionální pochybnost o tom, zda si podepsaní senátoři tyto možné důsledky podané stížnosti uvědomují. Vycházím přitom z toho, že podáním stížnosti zároveň podepsaní senátoři vyjadřují své pevné přesvědčení, že napadená ustanovení skutečně protiústavní jsou a že tedy budou Ústavním soudem zrušena (jakkoliv se se senátory v tomto ohledu neshodují). Nedovedu si totiž představit, z jakého jiného důvodu by senátoři své podpisy pod text stížnosti připojili, než že jsou plně přesvědčeni o její oprávněnosti.

Vězte, že Ministerstvo zdravotnictví je pod mým vedením otevřeno každé diskuzi o tom, jak současný systém zlepšit a odstranit jeho nedostatky. Pokud by Vámi vedená skupina senátorů namísto ústavní stížnosti, která pouze boří, přišla s vlastní ucelenou a realistickou koncepcí, jak by šlo současný systém stanovení úhrad vylepšit či nahradit, jsme připraveni se o takové koncepci otevřeně bavit a v případě, že by taková koncepce byla na dostatečné odborné úrovni, aby zajišťovala fungující a dostupné veřejné zdravotnictví, podílet se i na její implementaci. Připomínám, že skupina senátorů, která ústavní stížnost podala, čítá 48 senátorů, tedy nadpoloviční většinu celé horní komory Parlamentu a tak i dostatek k odhlasování jakéhokoliv senátního návrhu zákona, který by s příslušným řešením přišel.

Proč tedy Vámi vedená skupina senátorů napíná své síly k práci destruktivní, pouze k rušení nedokonalých, ale fungujících řešení, bez nabídky odpovídající alternativy? I ve svém dopise, na který nyní odpovídám, nalezení alternativy přehazujete na Ministerstvo zdravotnictví a sami s koncepčními návrhy nepřicházíte. Proč raději nenabízíte občanům

země s vůbec nejmenšími překážkami v dostupnosti bezplatné péče pro pacienty, což je v textu opakovaně výslovně uvedeno, např. v kapitole 2.1.4 na str. 46.



práci konstruktivní, tedy aktivně nepřicházíte s vlastním uceleným řešením a to se nesnažíte obhájit a prosadit? Sám uvádíte, že mnozí ze senátorů, které zastupujete, mají ve zdravotnictví dvacetileté nebo i delší zkušenosti. Proč se pak takto velká skupina senátorů s takto rozsáhlými zkušenostmi z oblasti zdravotnictví omezuje na to, že chce bourat fungující systém bez náhrady, namísto aktivní tvorby vlastního nového řešení? Takový pozitivní návrh by občanům této země přinesl nepochybně více prospěchu, než jen snaha o rozbití stávajícího systému, která je může spíše poškodit. Senát Parlamentu je zákonodárná komora, a přestože v české ústavní praxi velkou část právních předpisů tradičně vytváří vláda, je to právě Parlament ČR, který je hlavním garantem legislativní činnosti v České republice, a který kdykoliv může předkládat a schvalovat vlastní návrhy právních předpisů.

Vyzývám Vás proto, aby v zájmu občanů této země Vámi zastupovaná skupina senátorů vnesla do veřejné diskuze ucelený a promyšlený návrh takového řešení, kterým by bylo možné stávající systém nahradit, aniž by bylo zničeno to, co nyní funguje, ale aby přitom bylo napraveno to, co aktivně kritizujete.

Zároveň Vás mohu ujistit, že vyjádření vlády k podané ústavní stížnosti bude v blízké době Ústavnímu soudu doručeno. Protože Vám jej soud v rámci obvyklého postupu obratem zašle k reakci, nemá smysl se na tomto místě detailně zabývat právní argumentací, která vede Ministerstvo zdravotnictví k závěru o ústavnosti stávajícího systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění. S touto právní argumentací se nepochybně pečlivě seznámíte sám.

Považuji proto spíše za nutné vyjasnit, v čem se podle mého názoru mezi našimi stanovisky nachází hlavní rozpory. Jedním z takových rozporů je, jak je již výše uvedeno, odlišné přesvědčení o ústavní souladnosti stávajícího systému, kdy Vy jste přesvědčen o jeho neústavnosti, zatímco já jsem přesvědčen, že ústavním požadavkům vyhovuje.

Další, zásadnější rozpor pak ovšem vnímám v tom, že zatímco vy jste přesvědčen, že existuje snadné, rychlé, pohodlné řešení, které mávnutím kouzelného proutku všechny problémy českého zdravotnictví vyřeší a žádné nové nevytvoří, já jsem přesvědčen, že takové řešení tu prostě a jednoduše není. Naopak se domnívám, že důvod, proč stávající pokřivený systém existuje již dvacet let, spočívá právě v tom, že tvorba lepšího, spravedlivějšího řešení vůči poskytovatelům zdravotních služeb, které zároveň ve svém





důsledku nebude k újmě dostupnosti hrazených služeb pro pojištěnce, je nesmírně obtížným, zodpovědným a především zdlouhavým úkolem.

Pokud tedy uvádíte, že jste „šokován tím, že tento stav dlouhodobě toleruji a už jsem dávno pro jeho rychlé odstranění něco neudělal“, tak musím reagovat. Za první, tento stav rozhodně netoleruji „dlouhodobě“, protože jsem ministrem teprve cca 15 měsíců, což je ve státní správě poměrně krátká doba, přičemž i za tuto krátkou dobu se mi povedlo řadu věcí nejen zahájit, ale i dotáhnout (za všechny si dovoluji připomenout např. nový systém úhrad zdravotnických prostředků, na kterém se reálně začalo pracovat až po mém příchodu na ministerstvo a který již je platnou a účinnou součástí zákona o veřejném zdravotním pojištění). A za druhé, rychlá a zároveň kvalitní náprava prostě a jednoduše není možná vzhledem k tomu, jak složité je vytvořit zcela spravedlivý systém úhrad. Za zcela spravedlivý systém úhrad bych přitom považoval takový systém, a doufám, že na tom bychom se mohli shodnout, který by vycházel z reálných dat a v němž by výše úhrad odpovídala očekávané průměrné nákladovosti péče, čímž by na jedné straně nedocházelo k plýtvání, na druhé straně by ale nedocházelo ani k situacím, kdy by úhrady neumožňovaly poskytovatelům zdravotních služeb (za předpokladu jejich řádného hospodaření) pokrýt ekonomicky oprávněné náklady a generovat přiměřený zisk.

A zde se dostáváme k jádru problému a k tomu, proč se příprava systému DRG Restart protahuje. Sesbírat nákladová a lékařská data, zanalyzovat je, roztrždit diagnózy do skupin, které dávají ekonomicky i medicínsky smysl, a zároveň těmto skupinám správně přiřadit náklady pro výpočet jejich relativní hodnoty, je velmi obtížný úkol, jehož rozsah a složitost Ministerstvo zdravotnictví v roce 2014 plně nedocenilo. Nyní se ale již blížíme ke zdárnému konci, když se má od roku 2020 nový DRG systém začít do úhrad skutečně promítat.

Ve svém dopise zmiňujete jako základní problém stávajícího systému odlišné základní sazby různých nemocnic, ze kterých podle Vašeho názoru vyplývá, že v současném systému dostávají různé nemocnice různé platby za stejnou zdravotní péči. Dovolím si polemizovat, že uvedený závěr z odborného hlediska na základě poznatků z příprav systému DRG Restart zcela neobstojí. Je totiž nutné přihlížet k tomu, že stávající systém DRG má velmi nekvalitně nadefinované skupiny diagnóz (a zcela špatně jim přiřazuje náklady), kdy mezi různými pacienty zařazenými do stejných nákladových skupin podle diagnóz mohou být i poměrně zásadní rozdíly co do nákladovosti. Lze přitom vysledovat



trend, že některé, především více specializované nemocnice, mají v dotčených DRG skupinách prokazatelně větší množství těchto závažnějších případů.

Přestože se pak výsledek na první pohled jeví být takový, že v systému jsou poskytovány různé úhrady za stejnou péči, ve skutečnosti s přihlédnutím ke skutečné složitosti pacientů jednotlivých nemocnic (a nikoliv pouze k jejich formálnímu zařazení do DRG skupiny) můžeme dojít k závěru, že tento problém nejenom není tak palčivý, jak se jeví být, ale dokonce v některých případech ve skutečnosti vůbec neexistuje. S přihlédnutím nikoliv k formální závažnosti onemocnění pacientů (zařazení pacientů do stávajících DRG skupin), ale k jejich reálné závažnosti, totiž rozdíly v úhradách neexistují nebo nejsou zdaleka tak velké, jak by se zdálo čistě na základě formálního zařazení pacientů do existujících DRG skupin.

Závěr uvedený v předchozím odstavci je již nyní pro některé stávající DRG skupiny potvrzen z výsledků DRG Restart. V rámci příprav DRG Restart na implementaci do „ostrých“ úhrad se tak nyní diskutuje nad tím, zda je vhodné tento problém řešit na úrovni základních sazeb, jako tomu bylo doposud, přičemž zatím převládá názor, že toto řešení je nevhodné již z toho důvodu, že vede veřejnost k mylnému závěru (Vámi sdílenému) o různých platbách za stejnou péči. Snaha odborníků se proto nyní zaměřuje směrem k tomu, aby dotčení pacienti byli zařazení do odlišných DRG skupin, které by lépe odrážely jejich skutečnou nákladnost, čímž by bylo mimo jiné dosaženo výsledku, který preferujete i Vy sám, a to sjednocení základních sazeb, jelikož veškeré rozdíly v nákladnosti pacientů by byly zohledněny již v rámci jejich zařazení do skupin podle diagnózy. Dovolím si doplnit, že tak tomu podle logiky DRG systému také správně být má, a dosavadní systém (v němž je odlišná náročnost pacientů různých nemocnic zohledňována až na úrovni základních sazeb, a nikoliv už na úrovni skupin podle diagnózy) v tomto směru je nejen pokřivený, ale ani neodpovídá koncepci DRG systému, jak je dnes využíván ve světě a jak jej vymysleli v sedmdesátých letech jeho autoři.

Zároveň netvrdím, že nástroj historických referencí s sebou nepřináší i určitá úskalí. Je totiž pravdou, že ačkoliv jeho cíl je legitimní, a to zohlednit na úrovni základních sazeb rozdílnou nákladnost pacientů různých nemocnic, může vést k tomu, že základní sazby pro danou nemocnici skutečně mohou být historicky pokřivené. Děje se tak především v malých nemocnicích, pro které je náročnější přesně plánovat celkový objem produkce, protože zde i malý dočasný výkyv poptávky znamená relativně velký výkyv vůči celkovému ročnímu objemu produkce a tak může významně ovlivnit i platby za budoucí roky právě prostřednictvím historických referencí.





Historické reference nicméně není možné nahradit, dokud není na stole systém, který by v první řadě napravil nerovnosti způsobené špatně nadefinovanými skupinami diagnóz. Pokud by totiž byly zrušeny historické reference, aniž by byl napraven systém zařazování pacientů do DRG skupin, výsledkem by byly ještě zásadnější nerovnosti a ještě zásadnější pokřivení systému, než k jakým v systému dochází nyní. Dobrou zprávou je, že nový systém je již velmi blízko tomu, aby byl připraven pro praktickou implementaci, a že by tedy k napravení těchto nedostatků mělo dojít v blízké době. Ve chvíli, kdy bude do praxe zaveden nový systém definic skupin podle diagnózy, který bude odpovídat skutečné náročnosti pacientů, bude možné zrušit i dosavadní systém historických referencí, který pak již nebude plnit žádnou funkci a jednoduše nebude potřeba. Do té doby se nicméně domnívám, že je lepší mírná nerovnost, jejíž dopady jsou známé a nejsou likvidační, před nezodpovědným hazardováním spočívajícím v úplném boření systému, které by vedlo k mnohem větším nerovnostem a mnohem horším ekonomickým důsledkům pro podstatnou část poskytovatelů zdravotních služeb.

Pevně věřím, že po přečtení předcházejících řádků také snad již lépe rozumíte mým komentářům k Vaší ústavní stížnosti, které jsem vyjádřil v rozhovoru publikovaném Lidovými novinami dne 7. února 2019.

S pozdravem

Vážený pan senátor
Ivo Valenta
Kancelář senátora Ivo Valenty
Pasáž Slunce, Masarykovo náměstí 155
686 01 Uherské Hradiště

