

## Kapitola IV. Ekonomika a optimalizace úhrad

Optimalizace systému úhrad a důsledné využívání nového systému CZ-DRG v akutní lůžkové péči

<https://nzip.cz/koncepce2025#ekonomika>



### Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce

Český systém financování lůžkové péče trpěl ještě v nedávné minulosti řadou zásadních problémů. Tím hlavním byly významné nerovnosti ve výši úhrad pro jednotlivé nemocnice. Ačkoliv byl v roce 2021 plošně implementován nový systém klasifikace hospitalizací a úhrad, tzv. systém CZ-DRG, historicky vzniklé rozdíly v úhradách přetrvávaly. Jednotlivé nemocnice dostávaly za stejnou péči různé úhrady, a dokonce péče o identické pacienty pojištěné u různých pojišťoven byla v rámci jedné nemocnice hrazena různými částkami. Tento systém kromě své inherentní nespravedlnosti poškozoval rovnost přístupu pacientů k péči, kdy čekací doby na zákroky mohly být kvůli různé úhradě ovlivněny pojišťovnou pacienta (nemocnice preferovaly pacienty s vyšší úhradou). Tento systém dále znemožňoval jakékoliv sledování efektivity a benchmarking nemocnic, kdy hospodářský výsledek nemocnice byl více ovlivněn historickou výší úhrad než kvalitou managementu a efektivitou poskytování péče. Neefektivita a nespravedlnost byla tolerována. Pro ilustraci, ještě v roce 2022 byl podíl akutní lůžkové péče hrazené tzv. jednotnou základní sazbou (tj. principem za stejnou péči stejná úhrada) pouhých 3,4 %. Nerovnosti v úhradách se pak v menším měřítku týkají i ambulantní péče.

Různé základní sazby nemocnic ale nejsou jedinou příčinou neefektivity českého systému úhrad. V zahraničních zdravotních systémech se v posledních 20 letech začala významně prosazovat jednodenní péče, která namísto několikadenní hospitalizace umožňuje propuštění pacienta po operaci do 24 hodin. Tento přístup je jednak významně levnější, ale zároveň je komfortnější a bezpečnější pro pacienty, kterým hrozí menší riziko nákazy v nemocnici, a dále vyžaduje menší množství práce zdravotnického personálu a méně přesčasů. Přes své výhody nebyla jednodenní péče v českém systému úhrad nikterak zakotvena, nebyla podporována, a tudíž se neprosazovala. Ještě v roce 2021 se některé výkony v ČR jednodenním způsobem prakticky neprováděly, jak ukazují srovnávací analýzy například v publikacích OECD.<sup>5</sup>

Zásadní neefektivita ale existují i v organizaci zdravotní péče. Již řadu let v ČR existují centra vysoce specializované péče (CVSP), která by měla zajišťovat a koncentrovat péči o pacienty

---

<sup>5</sup> OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

s nejtěžšími diagnózami. V praxi je ale často i vysoce náročná péče prováděna mimo tato centra, často velmi neefektivně a hlavně za nižší kvality s horšími výsledky pro pacienty. CVSP tak ve vícero oblastech neplnila svoji roli a náročná lůžková péče nebyla v ČR řízena a koordinována. Podobně neřízená byla i návazná péče o pacienty, kteří již nevyžadují akutní nemocniční péči. Tito pacienti by měli být ošetřováni v zařízeních následné péče nebo by jim měla být poskytována domácí péče, zdravotně-sociální péče, případně paliativní péče. Bohužel ale všechny tyto návazné typy péče byly v ČR historicky podfinancovány a neměly dostatečnou kapacitu zajistit adekvátní péči o pacienty. Tento problém se navíc stále prohluboval z důvodu stárnutí populace a zvyšování poptávky po této péči.

Organizační problémy jsou ovšem hlubší než jen v případě CVSP a návazné péče. Síť nemocnic a počty akutních lůžek již neodpovídají moderní době a reálné poptávce po péči. Objem a struktura lůžkového fondu nereaguje adekvátně na měnící se potřeby populace, vyvíjející se nemocnost a na technologický progres v diagnostice a léčebné péči. Řada nemocnic nyní provozuje oddělení s obložeností pod 50 % a péče se přesunuje do ambulantního nebo jednodenního režimu. Špatná organizace a neefektivita poskytování péče pak také přispívá k enormnímu množství přesčasů. Problémy v organizaci péče lze ale spatřovat rovněž v primární a ambulantní péči, kdy pacient prostupuje systémem nekoordinovaně a řada onemocnění, kterým by šlo prevencí a ambulantní péčí předcházet, se tak léčí až v nemocničním prostředí.<sup>6</sup>

Primární a ambulantní péče je navíc stále dominantně poskytována v režimu sólo praxí s jedním lékařem a sestrou, namísto efektivnější sdružených praxí či center primární péče.

Řada těchto problémů je způsobena nefunkčními institucemi a mechanismy stojícími za financováním zdravotnictví. Z makroekonomického pohledu v minulosti problémy způsobovala příjmová stránka zdravotnictví, kdy platba za státní pojištěnce byla stanovována chaoticky ad-hoc a neumožňovala dlouhodobější plánování financování systému. Systém dohodovacího řízení, kde mají být úhrady domlouvány, se zároveň do určité míry vyčerpál a neumožňuje provádění systémových změn.

Všechny tyto problémy jsou dlouhodobě známé a historicky neřešené. **V současné době ale ministerstvo zdravotnictví přichází s novou koncepcí financování zdravotnictví a v posledních dvou letech již realizovalo řadu klíčových opatření pro nápravu chronických problémů s financováním zdravotní péče.**

Základem všeho je finanční stabilita a předvídatelnost celého systému, proto jedním z klíčových opatření je přijetí automatické valorizace platby za státní pojištěnce, která zajistí odpolitizování příjmů zdravotnictví, umožní víceleté plánování a zároveň přinese stabilní a předvídatelný tok financí pro zdravotnictví v krátkodobém až střednědobém horizontu. Díky předvídatelnosti příjmů lze pak dělat reformní změny na výdajové stránce, počínaje způsobem, jakým jsou výdaje dohodovány. Dohodovací řízení potřebuje podporu, více dat a analýz a jasnou deklaraci veřejných priorit. Širší datová základna dostupná již na počátku

---

<sup>6</sup> OECD and European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Czech Republic: Country Health Profile 2023.

dohodovacích jednání a změny v přerozdělení příjmů pojišťoven pomohou účastníkům řízení v dosahování dohod.

Na výdajové straně se v posledních dvou letech již podařilo napravit řadu problémů a vývoj úhradového systému bude dále pokračovat. Podařilo se podpořit dlouhodobě podfinancované ale klíčové komponenty systému: více financí pro následnou péči, paliativu, primární péči a zdravotně-sociální péči jsou nákladově efektivní investice, které umožní poskytovat péči pacientům tam, kde to je pro systém nejvýhodnější. Prevenci kromě podpory primární péče v budoucnu zlepší i změny ve fondech prevence zdravotních pojišťoven, kdy pojištěnci budou motivováni k péči o své zdraví prostřednictvím individuálních zdravotních účtů, které budou reflektovat účast pojištěnce na prevencích, screeningu apod.

I v oblasti dostupnosti péče je aktuálně řešena řada dlouhodobě problematických oblastí. Kriticky nedostupné služby jako péče o duševní zdraví, péče o děti a stomatologie jsou v současné době významně podporovány. Do budoucna bude prosazována větší odpovědnost zdravotních pojišťoven za zajištění dostupnosti péče, což je jejich zákonná povinnost. Na pojišťovny přejde povinnost zajistit pacientům pohotovostní péči, dále budou povinny pacientům důsledně hledat lékaře a budou muset sledovat čekací doby na zákroky. Zásadní změny se rovněž připravují ve stomatologii, kde budou pacientům z velké části hrazeny moderní léčebné metody, což významně zlepší dostupnost péče.

Zásadní obrat nastal v podpoře jednodenní péče, která byla poprvé zakotvena v úhradové vyhlášce, a oblasti jako chirurgie, ortopedie nebo gynekologie budou čím dál častěji řešeny v jednodenním provedení. Do budoucna bude tato podpora pokračovat a je v plánu rozvoj jednodenní kardiologie a dále systémové ukotvení jednodenní péče v rámci referenční sítě poskytovatelů a prostřednictvím klasifikace analogické s CZ-DRG.

Postupně se snižují nerovnosti ve financování – v roce 2024 bude více než 18 % akutní lůžkové péče hrazeno jednotnou základní sazbou a celkově se u akutní péče nerovnosti snižují. V příštích několika letech je strategickým cílem se dostat alespoň na 30 % péče hrazené jednotně dle reálných nákladů a začít s daty podloženým benchmarkingem nemocnic podle jejich ekonomických výsledků. I v ambulantní péči se úhradové nůžky zavírají, od roku 2024 jsou nemocniční ambulance včetně urgentních příjmů hrazeny novým modelem, který narovnáva historické nespravedlnosti a v následujících letech bude dále kultivován.

Po třiceti letech dochází ke skutečně kontrolované koncentraci vysoce specializované péče do center. Celý proces tvorby CVSP byl restartován, vznikla nová metodika rozlišující centra koncentrace a centra excelence a byl založen expertní tým, který na CVSP bude dohlížet. Od roku 2023 dochází k řízenému procesu koncentrace péče, kde specializovaná péče poskytovaná mimo centra je penalizována a do budoucna bude postupně docházet k úplnému odsmlouvání této péče. To v kombinaci s podporou jednodenní, následné a ambulantní péče vyvolá zásadní změny ve struktuře sítě nemocnic a akutních lůžek. Síť poskytovatelů akutní lůžkové péče bude donucena se přeorientovat na reálné potřeby pacienta a moderní způsoby poskytování péče.

V blízké době by také mělo dojít k definici sdružených praxí a jejich úhradové podpoře, čímž se postupně začne měnit způsob organizace primární (ale i ostatní ambulantní) péče. Sdružené

praxe přinesou lepší efektivitu a dostupnost péče nastaveným sdílením přístrojové techniky, zastupitelností lékařů, přenesením administrativy od zdravotníků na nelékařský personál a v neposlední řadě prodloužením ordinačních dob. Sdružené praxe jsou ale jen prvním krokem reformy organizace primární péče; významnou změnu přinese až vznik komplexních center primární péče, která kromě výhod sdružených praxí budou mít navíc přesah do oblastí veřejného zdraví a komunitního duševního zdraví a budou zaměstnávat celý multidisciplinární tým profesionálů, který zajistí integrovanou a komplexní péči o pacienty.

Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat vztahu vstupu nových technologií a léčivých přípravků, které mají potenciál nahradit dosavadní méně účinnou či finančně nákladnější léčbu. Z dosavadních zkušeností plyne, že investice do nových přístupů nepřináší automaticky úsporu v jiné části systému. Např. podpora jednodenní chirurgie či domácí péče nevedou k signifikantním úsporám v akutní či následné lůžkové péči, pokud oba systémy nekoordinovaně fungují vedle sebe a dokonce jsou ve vzájemné kompetici. V budoucnu bude ale zcela nezbytné, aby nastavení úhradových mechanismů rychle reagovalo na tyto inovace, např. velmi slibné výsledky ve výzkumu léčivých přípravků na Alzheimerovu chorobu mohou znamenat významné úspory v následné péči o pacienty s tímto onemocněním. S tím ovšem přichází silný apel k implementaci integrovaných modelů péče optimalizujících návaznost různých segmentů služeb a nastavujících nejlepší možnou trajektorii pacienta v systému.

Zdravotní péče obecně bude čím dál více integrovaná a provázaná, zdravotně-sociální péče, paliativní péče a primární péče v kombinaci se změnami v elektronizaci zdravotnictví umožní poskytování služeb ve vzájemném souladu a zároveň umožní redukci péče s nízkou přidanou hodnotou.

Do roku 2025 by tak české zdravotnictví díky změnám ve financování mělo být významně efektivnější, kvalitnější a hlavně více zaměřené na potřeby pacientů.

## Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025

Obsah nové koncepce resortu v oblasti optimalizace úhrad zahrnuje zejména:

### 1) Institucionální a systémové změny

#### a) Předvídatelnost a stabilita financování zdravotnictví

- Automatická valorizace platby za státní pojištění – návaznost na inflaci a růst reálné mzdy
- Částečné úpravy přerozdělení – narovnání přerozdělení za mimořádně nákladné pojištění

#### b) Podpora dohodovacího řízení

- Publikace oficiální příjmové predikce zdravotnictví
- Každoroční deklarace úhradových priorit resortu
- Inicivace diskuse o víceletém financování

### 2) Vyšší efektivita zdravotnictví

### **a) Podpora jednodenní péče**

- Pilot v roce 2023; pro rok 2024 rozšíření odborností a výkonů, spolupráce s odbornými společnostmi, poskytovateli i pojišťovny
- Nastavení úhrad vychází z exaktní kalkulace dle CZ-DRG, motivuje k provádění v jednodenním režimu
- Podpora jednodenní péče i v nemocnicích – v rámci akutní lůžkové péče zaručen plynulý přechod mezi úhradou jednodenní péče a vícedenní péčí

### **b) Podpora prevence a primární péče**

- Navýšení úhrad primární péče – praktičtí lékaři, stomatologové
- Podpora screeningů + nové screeny nádorů prostaty a štítné žlázy

### **c) Odstraňování úhradových nerovností**

- Sbližování základních sazeb CZ-DRG
- Navyšování podílu péče hrazené jednotnou základní sazbou dle reálných nákladů
- Snižování historických nerovností ve financování ambulancí a urgentních příjmů

### **d) Centralizace vysoce specializované péče**

- Nová metodika center vysoce specializované péče (CVSP)
- Koncentrace péče do CVSP, úhradové motivace
- Podpora center pro vzácná onemocnění (ERN)

### **e) Podpora a optimalizace systému CZ-DRG**

- Podpora a rozvoj referenční sítě DRG
- Řešení nákladových heterogenit a výjimek
- Nová pravidla pro vysoce specializované poskytovatele
- Zkracování čekacích dob, nastavení správných motivací

## **3) Lepší dostupnost péče**

### **a) Podpora péče o děti**

- Ve všech ambulantních segmentech nové bonifikační výkony pro děti
- Podpora dětské psychiatrie, psychologie, stomatologie a praktických lékařů pro děti a dorost
- Úhradová deregulace péče o děti

### **b) Podpora péče o duševní zdraví**

- Podpora transformace lůžkové psychiatrické péče – vznik akutních lůžek, transformace následných lůžek
- Úhradová podpora všech typů péče o duševní zdraví
- Podpora telemedicíny

### **c) Podpora péče po standardní pracovní době**

- Nový úhradový model pro urgentní příjmy
- Nové bonifikační výkony za práci v noci, o víkendu a ve svátek; podpora LPS

#### **d) Reforma stomatologie**

- Práce nové expertní skupiny, výstupy promítnuty v novele zákona a ve změnách úhrad
- Významné navýšení úhrad, podpora moderních metod
- Podpora endodoncie, ortodoncie a prevence

#### **e) Podpora moderních a inovativních léčebných metod**

- Úhrada robotických výkonů a dalších moderních metod
- Úhrada moderních lékových terapií, široká dostupnost léčby
- Úhrada genové terapie a léků na vzácná onemocnění

### **4) Vyšší zaměření péče na potřeby pacientů („patient-centered care“)**

#### **a) Podpora paliativní péče**

- Rozvoj paliativních týmů nemocnic
- Rozvoj kamenných i domácích hospiců
- Integrace se sociálně-zdravotním pomezím a péčí o duševní zdraví

#### **b) Podpora sociálně-zdravotního pomezí**

- Posílení financování péče v pobytových sociálních zařízeních, podpora integrace péče
- Nové modely financování sociálně-zdravotní péče – agregované výkony

#### **c) Podpora následné, domácí a geriatrické péče**

- Lepší průchodnost pacienta systémem
- Podpora navyšování kapacit následné a domácí péče
- Systém bonifikací pro zajištění vysokého kvalitativního standardu
- Nová koncepce geriatric

## **Cíle koncepce do roku 2025**

### **1) Institucionální a systémové změny**

#### **a) Úprava přerozdělení příjmů pojišťoven**

- Aktualizace a narovnání modelu přerozdělení
- Zohlednění více faktorů v přerozdělení
- Zlepšení příjmové situace zaměstnaneckých pojišťoven

#### **b) Restart dohodovacího řízení**

- Lepší datová a analytická základna dohodovacího řízení
- Vznik segmentu jednodenní péče, mezisegmentové a víceleté dohody
- Dohody o systémových změnách, lepší reprezentativnost DŘ
- Tlak na zvyšování efektivity a dostupnosti péče

### **c) Změny fondů prevence a vyšší motivace pojištěnců k péči o zdraví**

- Vznik individuálních účtů pojištěnců u jejich pojišťoven
- Individualizované nabídky preventivních bonusů pojišťoven
- Odměny za péči o vlastní zdraví, absolvování prevence a screeningů
- Rozšíření a harmonizace oblastí podporovaných z fondů prevence

## **2) Vyšší efektivita zdravotnictví**

### **a) Rozvoj jednodenní péče**

- Plošné rozšíření jednodenní péče na většinu odborností včetně kardiologie
- Tvorby referenční sítě poskytovatelů jednodenní péče – výpočet úhrad na základě reálných nákladů
- Začlenění jednodenní péče do DRG klasifikace
- Vyšší motivace k jednodennímu provádění

### **b) Významné sblížení financování nemocnic a benchmarking**

- Navýšení podílu péče hrazené jednotnou základní sazbou alespoň na 30 %
- Řešení nákladových heterogenit formou doporučených postupů a operativních doporučení – sjednocování klinické praxe
- Snižování risk-koridorů a sblížování úhrad i u ostatních úhradových mechanismů
- Výkonnostní benchmarking nemocnic

### **c) Reforma primární péče a zlepšení prevence**

- Podpora sdružených praxí a multidisciplinárních center primární péče
- Rozšiřování ordinačních dob a redukce návštěv LPS a urgentů
- Disease management modely a koordinace péče
- Zvyšování kompetencí praktických lékařů a sester v primární péči
- Podpora veřejného zdraví a primární prevence, podpora očkování
- Start nových screeningových programů, kultivace stávajících

### **d) Reforma nemocniční sítě**

- Podpora páteřní sítě akutních nemocnic pracujících v režimu 24/7 v širokém spektru oborů a s urgentními příjmy
- Podpora jednodenní péče, následné a dlouhodobé péče
- Podpora postupné transformace vybraných zařízení na nemocnice komunitního typu, vždy s ohledem na specifika jednotlivých regionů

## **3) Lepší dostupnost péče**

### **a) Reforma stomatologie**

- Změny v zákoně o zdravotním pojištění
- Úhrada (částečná) moderních stomatologických metod
- Podpora prevence, dentální hygieny a veřejného zdraví

- Navýšení počtu zubařů pracujících na pojišťovnu

#### **b) Úhrada přeshraniční péče**

- Zvýšení dostupnosti přeshraniční péče
- Odbourání administrativy

#### **c) Zvýšení odpovědnosti zdravotních pojišťoven za dostupnost péče**

- Povinnost zajištění lékařské pohotovostní služby – optimalizace sítě LPS
- Přímá odpovědnost za vyhledávání poskytovatelů pro pojištěnce
- Monitoring čekacích dob a motivace k online objednávání na zákroky
- Podpora telemedicínských projektů
- Podpora integrace a koordinace péče, projekty řízené péče

### **4) Vyšší zaměření péče na potřeby pacientů („patient-centered care“)**

#### **a) Rozšiřování paliativní péče**

- Reforma specializovaných paliativních ambulancí s návštěvní službou
- Rozšiřování sítě hospiců (domácích i kamenných)
- Podpora paliativní péče pro děti
- Podpora paliativní péče u neonkologických diagnóz

#### **b) Podpora péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta**

- Rozšiřování především regionální dostupnosti domácí péče
- Zkvalitňování služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb – integrace s fyzioterapií, nutriční terapií, psychologii
- Podpora péče porodních asistentek v šestinedělí
- Vznik nových specializovaných sociálně-zdravotních zařízení s integrovanou péčí

#### **c) Podpora následné, dlouhodobé a geriatrické péče**

- Rozšiřování kapacit následné péče, zvyšování kvality této péče
- Transformace nevyužívaných akutních lůžek na lůžka následné péče
- Lepší prostupnost akutní a následné péče – deregulace, integrace
- Tvorba doporučených postupů v následné péči
- Podpora a rozvoj geriatrie (reforma této péče)

#### **d) Rozvoj telemedicíny**

- Péče o dispenzarizované a chronické pacienty telemedicínsky – zprůchodnění systému, lepší regionální dostupnost
- Telemedicína v péči o duševní zdraví
- Provazba na elektronizaci zdravotnictví a reformu fondů prevence