

Jak (ne)uplatnit regulační omezení v primární péči

Petr Šonka

V březnu obdrželo Sdružení praktických lékařů ČR (SPL ČR) od Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) informaci, že v segmentu praktických lékařů se VZP rozhodla uplatnit za rok 2024 regulační omezení na vyžádanou péči v oborech laboratorní a diagnostická vyšetření a v oblasti rehabilitační péče. Dále se rozhodla uplatnit regulaci distanční péče. Není to nic nového pod sluncem, a přestože řada z nás si ještě pamatuje, že pojišťovny v minulosti uplatňovaly regulace celkem běžně, vyvolalo to mezi praktiky bouřlivý ohlas a dlouhou emotivní debatu na jejich sociálních sítích. Je to tím, že až na loňský ojedinělý pokus Oborové zdravotní pojišťovny, který se nám podařilo odvrátit, se minimálně deset posledních let žádá ze zdravotních pojišťoven k uplatnění regulačních omezení u praktických lékařů neodhodlala. Pro mnoho mladších kolegů je to tedy naprostá novinka, a i my, kteří už něco pamatujeme, už jsme si odvykli. Proto nás všechny oznámení o regulacích, ale především informace o jejich rozsahu zaskočily. Uplatnit regulační omezení umožňují pojišťovny úhradový dodatek, který jsme všichni podepsali. Ten říká, že tak může učinit v situaci, kdy dojde celkově k překročení zdravotně pojistného plánu v některé z vyjmenovaných položek vyžádané péče v dodatku vyjmenovaných. K tomu v roce 2024 došlo a pojišťovna deklaruje dramatický nárůst nákladů na laboratorní vyšetření. Má tedy má právo regulační omezení uplatnit. Dodatek ale říká, že regulace uplatnit může, nikoliv musí.

V této souvislosti bych chtěl ocenit přístup ostatních zdravotních pojišťo-

ven, kde je situace za rok 2024 obdobná, přesto se rozhodly v segmentu praktických lékařů regulační omezení neuplatnit. Považuji to za správné řešení. Primární péče by z povahy věci neměla být regulována. Jsme nízko-prahovou částí zdravotního systému, první a poslední instancí, na kterou se pacient obrací, a z tohoto důvodu nemůžeme neposkytnout požadovanou péči, pokud je potřebná. Nemůžeme tedy příliš ovlivnit náklady na vyžádanou péči, pokud je indikovaná. Úplně typicky se to týká infekčních onemocnění. Pokud přijde rok, jakým byl rok 2024, kdy jsme se potýkali s velkým nárůstem počtu případů pertuse a pneumonií způsobených atypickými patogeny, je logické, že jejich diagnostika se musí projevit v nárůstu nákladů na laboratoř. A to nemluvím o tom, že nám provedení potřebných vyšetření často nařizuje svým rozhodnutím krajská hygienická stanice, jako je tomu v současné době probíhající vlny onemocnění hepatitidou A. V takových případech si praktik prostě nemůže vybrat, zda vyšetření provede, či nikoliv.

Praktičtí lékaři s přibývajícími kompetencemi přebírají stále větší množství péče, což souvisí také se zhoršující se dostupností péče a volných kapacit ambulantních specialistů. Nezpochybnitelná data svědčí o markantně rostoucím počtu preventivních prohlídek a počtu námi dispenzarizovaných diabetiků v ordinacích praktických lékařů, stoupá účast ve screeningových programech a přibývají programy nové. Primární péče prostě lépe plní svoji roli ve zdravotním systému a přebírá větší objem péče. To s sebou ale logicky musí nést nárůst nákladů

na vyžádanou péči v mnoha oblastech, zejména pak v laboratořích, radiodiagnostice a nákladech na léky. Je to ale žádoucí chování, které pojišťovny odměňují ve svých bonifikačních programech. Pokud jsme bonifikováni za přibývajícím počtem preventivních a správnou péči o rostoucí počty pacientů s chronickými diagnózami, nedává smysl zároveň uplatňovat regulace na stoupající náklady na vyžádanou péči s tím související. Navíc to, že praktičtí lékaři poskytnou více péče, snižuje tlak na ambulantní sektor a lůžkovou péči. Například počty hospitalizací a jejich délka se dlouhodobě snižují. Bohužel v současném systému úhrad péče s vysokým podílem paušální složky se to na výši úhrad neprojevuje, a přestože objem péče v segmentu akutní lůžkové setrvalé klesá, úhrady v tomto segmentu setrvalé rostou. Pokud pojišťovny hledají možnosti úspory, měly by je hledat především tam, nikoliv v regulacích primární péče.

Nechci a priori zpochybňovat regulační mechanismy našeho segmentu, ale měly být nastaveny tak, aby umožňovaly postihnout poskytovatele, kteří se chovají excesivně. A dobře víme, že i takoví v našem segmentu jsou. Proto jsme nijak nerozporovali uplatnění regulačních mechanismů u distanční péče. Tam jsou pravidla předem jasně dána a není těžké je dodržet. Je dáno, že podíl kontaktů provedených distančně nesmí být vyšší než 30 % z celkového počtu všech kontaktů vykázaných pojišťovně. Pokud se někdo do tohoto předem stanoveného intervalu nevejde, což upřímně nechápu, nechť je regulován. To, že se v tomto případě jedná o 3 % poskytovatelů,

svědčí o tom, že nastavení regulace bude nejspíš správné. Ale regulace na laboratorní vyšetření, zobrazovací metody a rehabilitaci, to je jiný příběh. Je-li avizováno, že mají postihnout více než 40 % poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství, a v případě dětských praktických lékařů je toto číslo ještě vyšší, je evidentní, že je regulační mechanismus špatně nastaven.

Jsem rád, že VZP nakonec po jednáních se Sdružením praktických lékařů a Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD ČR) a po mé schůzce s generálním ředitelem VZP Zdeňkem Kabátkem od úmyslu uplatnit regulační omezení na laboratoře, zobrazovací metody a rehabilitaci ustoupila. Svoji roli v tom jistě sehrála i ostrá diskuse na sociálních sítích a avizovaná ochota všech zhruba dvou tisíc pěti set regulacemi postižených praktiků vznést proti regulacím námitky a bránit se všemi prostředky. Přesto nad epizodou regulací pro praktiky pro letošek skončenou nemůžeme a nechceme mávnout rukou. Rádi bychom situaci, která po mnoha letech vedla k uplatnění regulací v našem segmentu, porozuměli a analýzou dat, o něž jsme VZP opakovaně žádali, přispěli k lepší informovanosti našich členů. A vedli seriózní

diskusi, nakolik se jedná o nárůst nákladů na indukovanou péči vysvětlitelný odbornými argumenty, a kde se naopak jedná o nárůst zbytečný a odborně nezdůvodnitelný. Jsme toho názoru, že uplatnění regulačních mechanismů nemá být pouhou penalizací poskytovatelů, kteří překročili průměrné náklady na indukovanou péči, ale mají-li mít skutečný smysl, musí plnit edukační roli a umožnit poskytovatelům korigovat své chování takovým způsobem, aby se v budoucnu regulacím vyhnuli. Bohužel požadovaná data za celý segment jsme od VZP nedostali a snažíme se nyní alespoň analyzovat data, která nám zasílají praktičtí lékaři, jimž byla regulace vypočtena (ačkoliv ve finále nebyla uplatněna). Je to práce podstatně složitější, než kdybychom pracovali se souhrnnými daty od pojišťovny. Jsme teprve na začátku a je předčasné vyvozovat teď nějaké závěry, ale rozhodně se často jedná o čísla velmi překvapivá.

Každopádně si z letošní regulační lapálie musíme vzít poučení. Tím spíš, že ministerstvo jako jednu ze svých klíčových priorit pro dohodovací řízení o úhradách péče v roce 2026 uvádí regulace v segmentu primární péče. Trochu nepochopitelně a v rozporu s výše uvedeným a s dlouhodobou snahou roli primární péče posilovat a podporovat její rozvoj, což

i nadále ve stejném dokumentu definuje jako jednu ze svých priorit. SPL ČR a SPLDD ČR budou v dohodovacím řízení navrhnout, aby napříště z výpočtu regulačních mechanismů byly vyjmuty veškeré náklady na indukovanou péči spojené s preventivními prohlídkami, dispenzární péčí, screeningem a programy časného zachytu. Náplň laboratorních a diagnostických vyšetření spojených s touto činností je přesně definovaná, a tedy kontrolovatelná. A nedává žádný smysl, aby byl praktický lékař za preventivní činnost, která je žádoucí a je od něj systémem vyžadována, jakkoliv regulován.



Foto: archiv

MUDr. Petr Šonka

Předseda Sdružení praktických lékařů České republiky