

Devatero obav ČSOT

... aneb nejistý osud endoprotetiky v ČR ?

1. Rozpor se zákonnými lhůtami, etika čekacích listin a chybějící koordinace

- **Legislativní past:** Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. stanovuje maximální čekací lhůtu na TEP na 52 týdnů. Některá pracoviště mají už dnes nejdelší čekací doby. Pokud pojišťovny přesunou objemy výkonů v rámci cenové soutěže, některá pracoviště nebudou mít šanci tyto zákonné lhůty dodržet. Kdo ponese právní a finanční odpovědnost za jejich porušování?
- **Etický problém:** Budou muset nemocnice automaticky převzít a upřednostnit převedené pacienty před těmi, kteří jsou u nich na čekací listině už v pořadí? Kam se budou přesouvat kapacity? Co volba pacienta?
- **Zajištění péče:** Má vůbec pojišťovna pro tyto přesuny kapacity a koordinátory, aby péči plynule zorganizovala, nebo to spadne na bedra administrativy nemocnic?

2. Destrukce křížového financování a hrozba pro revizní operativu

- **DRG a složitá péče:** Současný systém DRG funguje na principu křížového financování – standardní primární výkony vydělávají na ty ztrátové, revizní a komplikované.
- **Dotaz na MZ ČR:** Budou mít vítězové cenových tendrů povinnost řešit i vysoce nákladnou revizní a septickou operativu? Pokud lukrativní výkony převezme soukromý sektor, komplexní centra pod tíhou ztrátových výkonů ekonomicky zkolabují. Jak bude zajištěn spravedlivý postup vůči zařízením, která tuto péči udržují?

3. Nevyrovnané startovní podmínky a znevýhodnění centrových nemocnic

- **Základní sazby:** Aktuálně je úhrada za TEP v centru vyšší, což oprávněně kompenzuje nezbytné náklady na 24/7 provoz, urgentní příjem a výuku. Menší zařízení tyto fixní náklady nemají, a proto mohou nabídnout cenu výrazně nižší.
- **Dopad:** Pro pojišťovnu je to výhodné, ale z pohledu státních nemocnic a pacientů je tento stav vysoce diskriminační a z pohledu ministerstva by měl být hodnocen jako nezákonný. Bude toto narovnáno?

5. Přenos komplikací bez přenosu financí

- Pokud malá nemocnice ušetří na nákladech (vysoutěží nízkou cenu), ale následně pacient utrpí komplikaci, kterou odesílá do velkého centra, vzniká obrovská disbalance.
- **Dotaz na MZ ČR:** Budou v takovém případě pojišťovnou kráceny prostředky z vysoutěžené ceny původního pracoviště a převedeny do centra, které komplikaci musí reálně a nákladně vyřešit?
- **Dopad:** Pracoviště, které převzetím takové komplikace zachraňuje situaci, logicky přijde o kapacitu pro své vlastní primární (ziskové) výkony. Jak toto bude kompenzováno?

6. Rezignace na kvalitu a používání levných materiálů

- Jak bude sledována a vymáhána nepodkročitelná kvalita?
- Hon za nejnižší cenou povede k nákupu nejlevnějších implantátů (např. absence crosslink polyetyleny) a k preferování levnějších postupů (cementované TEP tam, kde to z dlouhodobého hlediska není vhodné). Dlouhodobé výsledky pacienta se zhorší. Bude hrát kvalita vůbec nějakou roli, nebo systém ustoupí pouze číslu na faktuře?
- Jak se bude kvalita výsledků korigovat s ohledem na komorbiditu a složitost ošetřovaných pacientů (které si ponechají centra)?

7. Parazitování na systému vzdělávání

- Velká státní pracoviště zajišťují (a platí) vzdělávání a atestace mladých lékařů v oboru.
- Privátní subjekty často přetahují již hotové a zkušené operatéry. Šetří tím ohromné peníze na personálu a nemusí dotovat školení.
- Budou do výběrových řízení zavedena kritéria, která stanoví pro vítězná zařízení povinnost podílet se na vzdělávání (či na něj finančně přispívat)?

8. Ignorování koncepce ČSOT a absence odborného dialogu

- ČSOT již dříve aktivně vypracovala a předložila v PSP ČR i pracovní skupině **komplexní návrh financování endoprotetické péče**. Tento návrh byl plně koncipován s vědomím nutnosti ekonomické udržitelnosti, avšak při striktním zachování kvality a bezpečnosti péče.
- Ministerstvem aktuálně předkládaný postup (plošná soutěž o cenu) je s naší koncepcí v absolutním a příkrém rozporu.
- **Dotaz na MZ ČR:** Byl náš předložený návrh ministerstvem a pojišťovnami vůbec zohledněn? Pokud ano, kým a na základě jakých dat či argumentů byly námi doporučené kroky rozporovány nebo zamítnuty?

9. Nesystémové a diskriminační zaměření úspor pouze na operativu

- Jako odborná společnost vnímáme jako silně diskriminační, že se drastický tlak na korekci a soutěž cen týká výhradně primární péče – tedy samotné operace TEP.
- **Dotaz na MZ ČR:** Budou zdravotní pojišťovny naprosto stejným způsobem „soutěžit o cenu“ a nasmlouvat objemy také v navazující lázeňské a rehabilitační péči?
- Považujeme za absurdní a pro pacienta nebezpečné, **aby se primárně a nejtvrději šetřilo na operačních postupech a kvalitě implantátů – tedy na parametrech, které mají z dlouhodobého medicínského i ekonomického pohledu naprosto největší význam** (prevence luxací, opotřebení, nutnosti revizí). Je nepřijatelné, aby se úspory hledaly na úkor dlouhodobé trvanlivosti výkonu.

Zásadní doporučení výboru ČSOT

- Nelze akceptovat záměr převést úhrady za endoprotetiku na model soutěže o cenu **bez pevných medicínských pravidel a kontroly kvality.**
- Horzí fatální **destabilizace ortopedické péče v ČR**, rozpadu sítě komplexních center a k „cherry-pickingu“ (vyzobávání lukrativních pacientů privátním sektorem), na který doplatí pacienti s poúrazovými, složitými a revizními stavy
- Je třeba důsledně a předem řešit **risk management, dopady a koordinaci**
- Doporučujeme akceptovat **návrh principů financování představených ČSOT** (stratifikace pacientů, stratifikace center, kvalita, registry)

RIZIKA NOVÉHO SYSTÉMU ÚHRADY TEP 2027

Stručný vizuální podklad pro Ministerstvo zdravotnictví ČR



1 HLAVNÍ SDĚLENÍ

- ✓ Čistě cenová soutěž bez medicínské stratifikace ohrožuje kvalitu a stabilitu ortopedické péče.
- ✓ Jednoduché primární TEP a složité revizní či septické případy nelze financovat stejným principem.
- ✓ Bez ochrany komplexních center hrozí přenos komplikací do fakultních a krajských nemocnic.

2 CO SE NYNÍ DISKUTUJE

- větší role zdravotních pojišťoven při sjednávání ceny a objemu péče,
- tlak na levnější standardní výkony,
- riziko, že hlavním kritériem bude cena místo medicínské náročnosti a výsledků.

3 PROČ JE MODEL RIZIKOVÝ



4 CO UKAZUJÍ ČESKÁ DATA

Primární TEP kyčle	163 034 Kč
Reimplantace kyčle	266 160 Kč
Revize kyčle	269 021 Kč
Primární TEP kolene	154 491 Kč
Reimplantace kolene	322 967 Kč
Tumórní endoprotéza kolene	642 101 Kč

i Již česká data potvrzují výraznou nákladovou heterogenitu.

5 NĚMECKO JAKO SROVNÁVACÍ PŘÍKLAD

Standardní nekomplexní kyčelní DRG I47C:	cca 6 381 EUR
Komplexní revizní DRG I03A:	cca 26 601 EUR
Dvouetapová léčba infekce kyčle:	cca 28 936 EUR
Složité revizní a infekční péče je několikanásobně nákladnější než standardní primární výkon.	



KLÍČOVÝ ZÁVĚR
STRANY 1

Největším problémem není snaha šetřit, ale financovat medicínsky nesrovnatelné případy stejným nebo podobným cenovým mechanismem.

NÁVRH ŘEŠENÍ PRO MZ ČR

Jak nastavit úhrady TEP bez ohrožení kvality a komplexní péče



1 DOPORUČENÝ MODEL

- ✓ Tříúrovňová stratifikace péče.
- ✓ Rizikově vážená případová úhrada.
- ✓ Samostatná úhrada nákladných implantátů a materiálů.
- ✓ Platba za připravenost komplexního centra.
- ✓ Kvalitativní ukazatele a sledování výsledků.

2 TŘI ÚROVNĚ PÉČE

I. Standardní primární TEP	II. Komplexní primární TEP	III. Revizní, septická a vysoce specializovaná péče
• nerizikový pacient • možnost řízené cenové soutěže • stejné minimální standardy kvality	• ASA 3+, BMI, deformity, komorbidity • vyšší koeficient složitosti • možnost zvláštních implantátů	• aseptické a septické revize • víceetapová léčba • chráněný režim mimo běžnou cenovou soutěž

3 POVINNÉ PODMÍNKY SYSTÉMU

- Komplikace musí být přiřazeny k původnímu výkonu.
- Pacient nesmí být poškozen ekonomickým sporem.
- Komplexní centrum musí dostat plnou úhradu za převzatou péči.
- Výsledky musí být hodnoceny po rizikové korekci.
- Revizní a septická péče musí být soustředěna do akreditovaných center.

4 CO MÁ MZ ROZHODNOUT NYNÍ

- Nespuštět v roce 2027 čistě cenovou soutěž bez stratifikace.
- Definovat povinná kvalitativní a indikační kritéria.
- Vytvořit akreditační rámec center komplexní endoprotetiky.
- Zavést pilotní a přechodné období se sběrem dat.

5 DOPORUČENÝ HARMONOGRAM

- 2026** pracovní skupina, definice kategorií, pravidla předávání komplikací.
- 2027** přechodné a pilotní období, stínový výpočet, sběr BMI/ASA/PROMs.
- 2028+** spuštění upraveného modelu a pravidelné vyhodnocování.



KLÍČOVÝ ZÁVĚR
STRANY 2

Cenovou soutěž lze využít jen u srovnatelných standardních výkonů; revizní, septická a komplexní péče musí mít samostatný chráněný úhradový režim.