

# Editorial

Pavel Tolinger

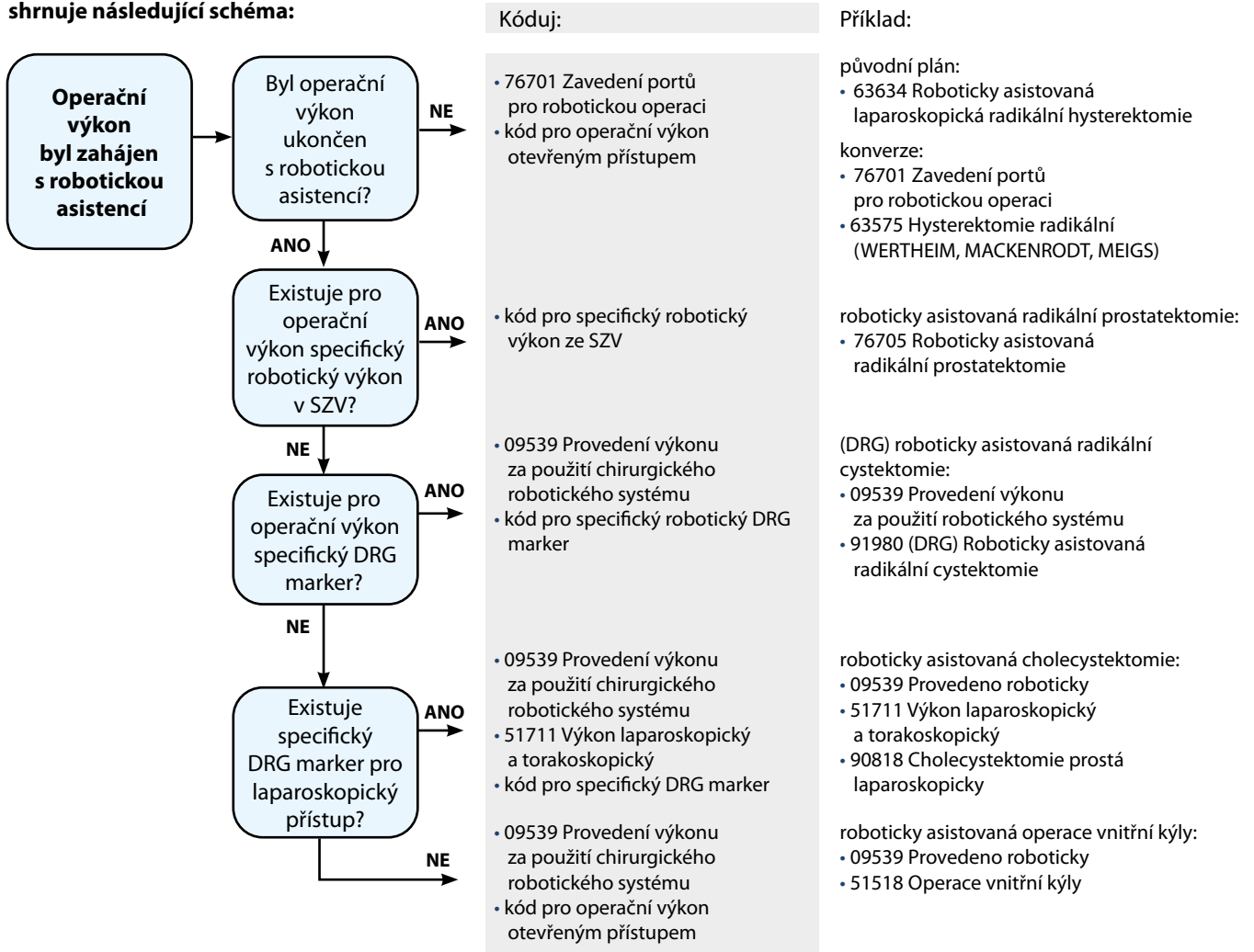
Vážené čtenářky, vážení čtenáři, dostalo se mi cti se s vámi podělit v úvodníku druhého letošního čísla České urologie o několik myšlenek a postřehů. Vedle urologie je mým druhým odborným zaměřením metodika kódování v systému CZ-DRG a kontrola dat před odchodem k plátcům, proto bych se rád dotkl zejména finanční stránky našich každodenních pracovních životů.

Jistě není náhodou, že tzv. úhradová vyhláška je od covidových let každým rokem přísnější a ubírá poskytovatelům

zdravotní péče stále více z dílku, který si z koláče finančních prostředků ve zdravotnictví mohou odkrojit. Zároveň je nejjisté, jak velký koláč se ze státního eráru podaří v dalších letech upéct. Stále větší důraz je kladen na kvalitu a přesnost našeho výkaznictví, které do pojišťoven zasiláme, a pochopitelný tlak ze strany zaměstnavatelů na každého jednotlivého lékaře. Ať již jsou totiž praktické zvyklosti pracoviště jakékoliv, vždy je zdrojem kódů (či podkladů pro ně) právě lékař a jím vedená dokumentace.

## Postup výběru kódu

shrnuje následující schéma:



DRG – Diagnosis Related Group, SZV – seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

## Schéma 1. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR 5/2026 (vydáno v dubnu 2026).

Scheme 1. Bulletin of the Ministry of Health of the Czech Republic No. 5/2026 (published in April 2026).

Po několika letech fungování v praxi se našťastí systém CZ-DRG jeví být již poměrně dobře vyladěnou a konzistentní platformou, a proto nás v letošním roce nepotkaly velké změny. Asi nejvýraznějším počinem je snaha o zpřehlednění způsobu kódování robotické chirurgie (schéma 1). Na jednu stranu nově umožňuje bez čekání na nové DRG markery či kódy Seznamu zdravotních výkonů vykázat jakýkoliv zákrok provedený na robotickém systému. Na stranu druhou z pohledu úhrady ponechává relativní váhu původní kalkulace laparoskopického či otevřeného výkonu. Jediným navýšením ceny je možnost vykódovat vždy použitý robotický materiál. Stále tak zůstává na naší odborné společnosti, aby jednala s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR ve smyslu vzniku nových CZ-DRG (robotických) skupin či bází, které by zohlednily vyšší nákladovost robotické operativy. Jistě minimálně u těch výkonů, které se ve své robotické verzi ukazují jako superiorní pro pacienta (nefroureterektomie, rekonstrukční operace). Finanční argumentace je jasná – má smysl zaplatit více za výkon, který miniinvazivitou zkracuje jak délku hospitalizace, tak délku stonání pacienta, zrychluje jeho práceschopnost a snižuje riziko komplikací, které přinášejí pro systém další vícenáklady. Ve výsledku se celé stonání zlevní. Zřejmým trendem bude ovšem i centralizace takové péče a omezení úhrady na centra vysoce specializované péče. Ať již se nám to líbí, nebo ne.

Od letošního ledna vstoupila také v definitivní platnost povinnost vystavovat elektronické poukazy na zdravotnické pomůcky. Mimo jiné i to je nástroj, který poskytuje pojišťovnám výrazně snazší kontrolu dat a automatizaci vyhledávání podkladů k případným revizím. Na tomto poli jsme, obávám se, poněkud zaspali, protože na rozdíl od stomických pomůcek se nepodařilo prosadit možnost preskripce řady „chronických“ urologických pomůcek specializovanou sestrou. Poukaz na cévky pro autokatetrizaci či kondomové urinaly by jistě mohla sestra bezpečně vystavit a odlehčit lékaři.

Kde ovšem najít v systému volné finanční prostředky? Možná by bylo na čase přestat zaměřovat svobodnou volbu

pacienta s anarchií. Jistě nejsme jediné pracoviště, kde nemalou část ambulantní péče v běžném provozu i v ústavní pohotovostní službě vyplňují pacienti volně bloumající mezi jednotlivými odbornými ambulancemi „na vlastní pěst“, aniž by jejich průchod zdravotnickým systémem kdokoliv reguloval. Ona není beze smyslu hierarchie zdravotnictví, kdy základnu pyramidu péče tvoří primární segment – praktický lékař, nad ním stojí ambulantní specialisté, nad nimi základní nemocniční péče a na vrcholu jsou centra vysoce specializované péče. A nejedná se o dehonestaci kterékoliv složky – jen racionální rozdělení priorit. Je totiž finanční rozdíl, zda je pacient identicky ošetřen pod kapítací, či v nemocnici za bodovou úhradu. Vedlejším efektem by byla možnost se v uvolněném čase ve větší míře věnovat odborné práci vč. vědeckých počínů, a připravit tak podhoubí jak pro další rozvoj oboru, tak pro excelentní příspěvky do našeho národního urologického periodika. Soudě podle své zkušenosti je příprava prezentací a odborných textů (byť by to měla být nedílná součást našich povolání) doménou volného času, který ubíráme svým rodinám.

Jsou to sice kroky nepopulární, ale pouze zdánlivě omezující pacienta, ve výsledku nesporně vedoucí k lepší dostupnosti kvalitnější péče s možností nastavit vymahatelné standardy, a to nejen v urologii.

Přeji nám všem, aby našel někdo z politických reprezentantů dostatek odvahy a pokusil se racionálně zregulovat zdravotnický systém tak, abychom v něm mohli bezpečně a kvalitně za přiměřenou a predikovatelnou úhradu léčit další desítky let.

*MUDr. Pavel Tolinger  
Urologické oddělení  
Nemocnice České Budějovice, a.s.  
Boženy Němcové 585/54  
370 01 České Budějovice  
tolinger.pavel@nemcb.cz*

