

Připomínky České lékařské komory
zpracované na základě společného jednání
zástupců poskytovatelů příslušných segmentů
zdravotní péče dne 9.11.2010

k návrhu vyhlášky
Ministerstva zdravotnictví ČR

**o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní
péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění
a regulačních omezení objemu poskytnuté
zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního
pojištění pro rok 2011**

Připomínka č. 1

V příloze č. 2 oddíl A odst. 1 písm. a) se číslo „49“ **nahrazuje** číslem „50“.

V příloze č. 2 oddíl A odst. 1 písm. b) se číslo „48“ **nahrazuje** číslem „49“.

V příloze č. 2 oddíl A odst. 1 písm. c) se číslo „46“ **nahrazuje** číslem „47“.

V příloze č. 2 oddíl A odst. 1 písm. d) se číslo „49“ **nahrazuje** číslem „50“.

Ustanovení přílohy č. 2 oddíl A odst. 1 nově zní:

1. „Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 7, násobených indexem podle bodu 7. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Základní sazba podle věty první se stanoví ve výši
 - a) ~~49~~ 50 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
 - b) ~~48~~ 49 Kč pro praktické lékaře, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinačních hodin odlišně.
 - c) ~~46~~ 47 Kč pro ostatní praktické lékaře,
 - d) ~~48~~ 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost.“

Odůvodnění:

Připomínka směřuje k zachování výše kapitační platby praktických lékařů pro rok 2010. Snížení kapitace v žádném případě nemůže kompenzovat zvýšení hodnoty bodu pro výkony nezahrnuté do kapitační platby, neregistrované pojištěnce a zahraniční pojištěnce o 0,03 Kč, neboť v průměru tyto výkony tvoří pouze 20% objemu poskytované péče praktickými lékaři. Rovněž je třeba poukázat na snížení hodnoty bodu pro úhradu zdravotní péče podle seznamu výkonů o 0,05 Kč a snížení hodnoty bodu pro výkony dopravy v návštěvní službě o 0,01 Kč, kterou sice ČLK nepřipomínkuje, avšak je třeba toto uvést jako podporný fakt k nepřípustnosti snížení kapitační platby.

Připomínka č. 2

V příloze č. 2 oddíl D odst. 1 alinea 1.1 se číslo „100“ nahrazuje číslem „120“

V příloze č. 2 oddíl D odst. 1 alinea 1.1 se číslo „40“ nahrazuje číslem „25“

V příloze č. 2 oddíl D odst. 1 alinea 1.2 se číslo „100“ nahrazuje číslem „120“

V příloze č. 2 oddíl D odst. 1 alinea 1.2 se číslo „40“ nahrazuje číslem „25“.

Ustanovení přílohy č. 2 oddíl D odst. 1 nově zní:

- 1.1. „Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyší ~~100~~ **120** % celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše ~~40~~ **25** % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona a které zdravotní pojišťovna uhradila. Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
- 1.2. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převyší ~~100~~ **120** % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše ~~40~~ **25** % z překročení.“

Odůvodnění:

Zachování regulačních mechanismů z roku 2010, pokud jde o léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči, považujeme za nezbytné, neboť vzhledem k navrhovanému snížení kapitace a hodnoty bodu u výkonů provedených praktickými lékaři (až na jednu výjimku) bude pro praktické lékaře v konečném důsledku znamenat poskytnutí vyššího objemu péče za sníženou cenu, kdy hrozba uplatnění regulací ze strany zdravotních pojišťoven je při navrhovaném nulovém převýšení celostátního průměru a nepoměrně vyššího procenta regulací mnohem pravděpodobnější. Pro řadu zdravotnických zařízení praktických lékařů mohou mít takto uplatněné regulace likvidační důsledky.

Připomínka č. 3

V příloze č. 2 oddíl D odst. 3 se ve dvou případech číslo „25“ nahrazuje číslem „50“.

Ustanovení přílohy č. 2 oddíl D odst. 3 nově zní:

3. „Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2010 nebo 2011 registrovalo ~~25~~ 50 a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči ~~25~~ 50 a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o zdravotní péči poskytnutou zahraničním pojištěncům.“

Odůvodnění:

Pokles zanedbatelného počtu pojištěnců z 50 na 25 za celý rok je de facto nereálný a uvedené ustanovení tím ztrácí jakýkoliv praktický význam. Negativní důsledky se projeví nejen u zdravotnických zařízení, ale zároveň také u menších zdravotních pojišťoven, jejichž pojištěnce nebudou chtít praktičtí lékaři registrovat z obavy překročení limitu zanedbatelného počtu pojištěnců a následného uplatnění regulací. Oproti roku 2010 tedy přibude mnohem více pojištěnců menších pojišťoven bez svého registrujícího praktického lékaře, což v konečném důsledku může vést ke změnám zdravotní pojišťovny u těchto pacientů a postupné likvidaci menších zdravotních pojišťoven.

Připomínka č. 4

- V příloze č. 3 oddíl A odst. 1 písm. b) se číslo „1,06“ **nahrazuje** číslem „**1,08**“.
V příloze č. 3 oddíl A odst. 1 písm. e) se číslo „0,50“ **nahrazuje** číslem „**0,96**“.
V příloze č. 3 oddíl A odst. 1 písm. g) se číslo „1“ **nahrazuje** číslem „**1,05**“.
V příloze č. 3 oddíl A odst. 1 písm. g) se číslo „2009“ **nahrazuje** číslem „**2010**“.

Ustanovení přílohy č. 3 oddíl A odst. 1 nově zní:

1. „Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši
 - a) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení ve smluvních odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie podle seznamu výkonů,
 - b) ~~1,06~~ **1,08** Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči,
 - c) 1 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů,
 - d) 0,70 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů,
 - e) ~~0,50~~ **0,96** Kč pro výkony 75347 a 75348 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů,
 - f) 1,03 Kč pro screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 105 – gastroenterologie podle seznamu výkonů,
 - g) ~~1~~ **1,05** Kč pro specializovanou ambulantní péči, výše neuvedenou, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti podle seznamu výkonů takto:

$$\text{PBro} \times \frac{\text{POPho}}{\text{POPro}}$$

kde:

PBro	celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí roku 2009 <u>2010</u> .
POPho	počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí roku 2011.
POPro	počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních ošetřených pojištěnců rozumí součet unikátních ošetřených pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodů za výkony zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.“

Odůvodnění:

Ke všem čtyřem navrhovaným změnám: Jde o nepřiměřené snížení hodnoty bodu, které bude v kombinaci s navrhovaným zpřísněním regulačních mechanismů u ambulantních specialistů v konečném důsledku znamenat vyššího objemu péče za sníženou cenu, navíc pod hrozbou uplatnění regulací ze strany zdravotních pojišťoven. Co se týče navrhovaného stanovení referenčního období na příslušné pololetí 2009, v důvodové zprávě k návrhu vyhlášky MZ ČR uvádí, že důvodem pro stanovení tohoto porovnávacího období je jednak fakt, že výše úhrad za toto období, včetně vyúčtování, je v době přípravy vyhlášky již známa. Ne jinak tomu však bude v případě vyúčtování po prvním pololetí 2011, údaje z roku 2010 budou v té době již také bezpečně známy. Není tedy důvod, aby bylo vycházeno z neaktuálních údajů z roku 2009.

K písm. e): Náklady na provedení předmětných dvou výkonů (operace katarakty) dosahují výše 12 tis. Kč. Podle úhradové vyhlášky pro rok 2010 je tento výkon ze strany zdravotní pojišťovny hrazen ve výši 9,5 až 10 tis. Již současný úhradový systém tedy neumožňuje ani pokrytí nákladů na provedení těchto výkonů. Navrhované snížení hodnoty bodu pro tyto výkony o celých 0,46 Kč bude znamenat vyšší úhrady do 6 tis. Kč, což tedy nepokryje ani 50% nákladů na jejich provedení, což je absolutně nepřijatelné. Rovněž je potřeba si uvědomit, že náklady na tyto výkony mají především materiálový charakter a práce lékaře je v těchto případech hrazený ve výši 0,1 % z celkové úhrady, což je velmi zanedbatelná částka.

Připomínka č. 5

V příloze č. 3 oddíl A odst. 4 písm. a) se ve dvou případech číslo „25“ **nahrazuje** číslem „100“.

Ustanovení přílohy č. 3 oddíl A odst. 4 písm. a) nově zní:

- a) „v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo ~~25~~ **100** a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit ~~25~~ **100** ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče pro danou odbornost poskytované jedním nositelem³⁾ výkonu se zdravotní pojišťovnou,“

Odůvodnění:

Pokles zanedbatelného počtu pojištěnců ze 100 na 25 za referenční hodnocené období je de facto nereálný a uvedené ustanovení tím ztrácí jakýkoliv praktický význam. Negativní důsledky se projeví nejen u zdravotnických zařízení, ale zároveň také u menších zdravotních pojišťoven, jejichž pojištěnce nebudou chtít (vyjma nutné a neodkladné péče) ambulantní specialisté vyšetřit z obavy překročení limitu zanedbatelného počtu pojištěnců a následného uplatnění snížené hodnoty bodu (rozdíl v tomto případě činí 70%). Oproti roku 2010 tedy přibude mnohem více pojištěnců menších pojišťoven bez možnosti vyšetření ambulantními specialisty v neakutních případech, což v konečném důsledku může vést ke změnám zdravotní pojišťovny u těchto pacientů a postupné likvidaci menších zdravotních pojišťoven.

Připomínka č. 6

V příloze č. 3 oddíl A odst. 5 se na konci doplňuje text: „U zdravotnických zařízení odbornosti 205 – pneumologie a ftizeologie, která provádí kalmetizační výkony, zohlední zdravotní pojišťovny při úhradě poskytnuté zdravotní péče změny počtu bodů, nákladů léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a nákladů na vyžádanou péči na jednoho unikátního pojištěnce oproti referenčnímu období, které vznikly vlivem změn v povinném očkování proti tuberkulóze novelou vyhlášky č. 537/2006 Sb. a vyhláškou č. 299/2010 Sb.“

Ustanovení přílohy č. 3 oddíl A odst. 5 nově zní:

5. U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2 navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1 Kč, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou jinak. ***U zdravotnických zařízení odbornosti 205 – pneumologie a ftizeologie, která provádí kalmetizační výkony, zohlední zdravotní pojišťovny při úhradě poskytnuté zdravotní péče změny počtu bodů, nákladů léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a nákladů na vyžádanou péči na jednoho unikátního pojištěnce oproti referenčnímu období, které vznikly vlivem změn v povinném očkování proti tuberkulóze novelou vyhlášky č. 537/2006 Sb. a vyhláškou č. 299/2010 Sb.***

Odůvodnění:

Vlivem změn zavedených novelou vyhlášky č. 537/2006 Sb. ubylo zdravotnickým zařízením v odbornosti 205 zhruba 100 tis. unikátních rodných čísel, které měly minimální nákladovost – zmíněné očkovací výkony byly levné na hodnotu bodu a nevznikaly náklady na léčivé přípravky a vyžádanou péči. Toto je nyní navíc umocněno i novou vyhláškou č. 299/2010 Sb., účinnou od 1.11.2010, kterou dochází ke zrušení plošné primavakcinace, čímž ubude dalších 100 tis. unikátních rodných čísel se stejnou minimální nákladovostí. V konečném důsledku to tedy po eliminaci těchto levných výkonů (přičemž nákladnější výkony zůstávají) bude znamenat nárůst průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce a tudíž i mnohem větší hrozbu uplatnění regulací ze strany zdravotních pojišťoven. S ohledem na navrhované zpřísnění regulací toto tedy nutně povede k faktické finanční likvidaci zdravotnických zařízení v odbornosti 205.

Připomínka č. 7

V příloze č. 3 oddíl B odst. 1 se ve dvou případech číslo „100“ **nahrazuje** číslem „110“.

V příloze č. 3 oddíl B odst. 2 se ve dvou případech číslo „100“ **nahrazuje** číslem „110“.

V příloze č. 3 oddíl B odst. 3 se ve dvou případech číslo „100“ **nahrazuje** číslem „110“.

Ustanovení přílohy č. 3 oddíl B odst. 1, 2 a 3 nově zní:

1. „Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší, než ~~100~~ **110** % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona) a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad ~~100~~ **110** %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.
2. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než ~~100~~ **110** % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení hodnoceného období snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad ~~100~~ **110** %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplátky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
3. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší, než ~~100~~ **110** % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení po skončení hodnoceného období snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad ~~100~~ **110** %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů platného k 1. 1. 2011 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.“

Odůvodnění:

Zachování regulačních mechanismů z roku 2010, pokud jde o ZUM, ZULP, léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči, považujeme za nezbytné, neboť vzhledem k navrhovanému snížení hodnoty bodu ve třech zásadních případech bude pro ambulantní specialisty v konečném důsledku znamenat poskytnutí vyššího objemu péče za sníženou cenu, kdy hrozba uplatnění regulací ze strany zdravotních pojišťoven je při navrhovaném nulovém převýšení průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období mnohem pravděpodobnější. Pro řadu zdravotnických zařízení ambulantních specialistů mohou mít takto uplatněné regulace likvidační důsledky.

Připomínka č. 8

V příloze č. 3 oddíl B odst. 9 se ve dvou případech číslo „25“ **nahrazuje** číslem „50“

Ustanovení přílohy č. 3 oddíl B odst. 9 nově zní:

9. „Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti ~~25~~ **50** a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit ~~25~~ **50** ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.“

Odůvodnění:

Pokles zanedbatelného počtu pojištěnců z 50 na 25 za celý rok je de facto nereálný a uvedené ustanovení tím ztrácí jakýkoliv praktický význam. Negativní důsledky se projeví nejen u zdravotnických zařízení, ale zároveň také u menších zdravotních pojišťoven, jejichž pojištěnce nebudou chtít (vyjma nutné a neodkladné péče) ambulantní specialisté vyšetřit z obavy překročení limitu zanedbatelného počtu pojištěnců a následného uplatnění regulací. Oproti roku 2010 tedy přibude mnohem více pojištěnců menších pojišťoven bez možnosti vyšetření ambulantními specialisty v neakutních případech, což v konečném důsledku může vést ke změnám zdravotní pojišťovny u těchto pacientů a postupné likvidaci menších zdravotních pojišťoven.

Připomínka č. 9

V příloze č. 4 oddíl B odst. 5 se ve dvou případech číslo „25“ nahrazuje číslem „50“

Ustanovení přílohy č. 4 oddíl B odst. 5 nově zní:

5. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti ~~25~~ 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1.1 a 1.2. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit ~~25~~ 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.

Odůvodnění:

Pokles zanedbatelného počtu pojištěnců z 50 na 25 za celý rok je de facto nereálný a uvedené ustanovení tím ztrácí jakýkoliv praktický význam. Negativní důsledky se projeví nejen u zdravotnických zařízení, ale zároveň také u menších zdravotních pojišťoven, jejichž pojištěnce nebudou chtít (vyjma nutné a neodkladné péče) lékaři v odbornostech 603 a 604 registrovat či vyšetřit z obavy překročení limitu zanedbatelného počtu pojištěnců a následného uplatnění regulací. Oproti roku 2010 tedy přibude mnohem více pojištěnců menších pojišťoven bez možnosti registrace či vyšetření lékaři v odbornostech 603 a 604 v neakutních případech, což v konečném důsledku může vést ke změnám zdravotní pojišťovny u těchto pacientů a postupné likvidaci menších zdravotních pojišťoven.

Připomínka č. 10

Ustanovení přílohy č. 5 odst. 1, které dle návrhu vyhlášky předloženého MZ ČR zní:

1. „Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu a screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.“

se **mění** takto:

„1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč, screeningu děložního hrdla, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.“

Odůvodnění:

Návrh vyhlášky nerespektuje dohodu sdružení poskytovatelů v této oblasti, kde byla konsensem stran v dohodovacím řízení stanovena hodnota bodu pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu ve výši 1,10 Kč a pro nasmlouvané výkony screeningu děložního hrdla ve výši 1,03 Kč. Pokles hodnoty bodu v obou případech 1,03 Kč je nepřijatelný a pro řadu zdravotnických zařízení může mít závažné finanční důsledky. Požadujeme tedy respektování dosažené dohody, která byla odsouhlasena jak poskytovateli, tak zdravotními pojišťovnami.

Připomínka č. 11

V příloze č. 5 odst. 2 se číslo „1,08“ nahrazuje číslem „1,10“

Ustanovení přílohy č. 5 odst. 2 nově zní:

2. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 809 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši ~~1,08~~ **1,10** Kč s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89312, 89711 až 89725 a dále výkonů 89611 až 89619 podle seznamu výkonů, pro které se do objemu vypočteného podle bodu 5 stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.

Odůvodnění:

Návrh vyhlášky nerespektuje dohodu sdružení poskytovatelů v této oblasti, kde bylo v dohodovacím řízení dosaženo konsensu ohledně hodnota bodu v odbornosti 809 (radiologie a zobrazovací metody) ve výši 1,10 Kč, vyjma zmíněné výjimky. Pokles hodnoty bodu na 1,08 Kč je nepřijatelný a pro řadu zdravotnických zařízení může mít závažné finanční důsledky. Požadujeme tedy respektování dosažené dohody, která byla odsouhlasena jak poskytovateli, tak zdravotními pojišťovnami.

Připomínka č. 12

Ustanovení přílohy č. 5 odst. 3 až 6, které dle návrhu vyhlášky předloženého MZ ČR zní:

3. „Pro zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech, s výjimkou odbornosti 809, se do objemu vypočteného podle bodu 5 hodnota bodu stanoví ve výši 0,70 Kč, pokud se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením nedohodnou podle § 15 jinak.
4. Zdravotní péče poskytovaná v hodnoceném období ve vyjmenovaných odbornostech se hradí s hodnotou bodu podle bodu 2 a 3 do objemu 100 % zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období; nad tento objem se zdravotní péče hradí s hodnotou bodu 0,36 Kč. Hodnoceným obdobím je příslušné pololetí roku 2011, referenčním obdobím příslušné pololetí roku 2009.
5. U zdravotnického zařízení, které v hodnoceném období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit, nebo pokud zdravotnické zařízení poskytlo zdravotní péči 25 a méně unikátním pojištěncům, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu podle bodu 5 použít průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.
6. Ustanovení bodu 4 se nepoužije v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům.“

se mění takto:

„3. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 812 až 815, 818, 819 a 822 podle seznamu výkonů se do výše 100% referenčního počtu bodů (RPB) stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 807, 816, 817 a 823 podle seznamu výkonů, se do výše 100% RPB stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč.

4. Zdravotní péče poskytovaná v příslušném pololetí 2011 se ve vyjmenovaných odbornostech hradí hodnotu bodu podle bodu 3 do objemu 100% zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za příslušné referenční období (RPB). Nad tento objem se zdravotní péče hradí s hodnotou bodu 0,40 Kč. Pojišťovna může zohlednit dokladovaný certifikát kvality (podle ČSN ISO 15189 nebo audit I nebo audit II dle NASKL) navýšením základní nebo snížené hodnoty bodu podle bodu 3. Referenčním obdobím je příslušné pololetí roku 2009. Pro zdravotní péči poskytovanou zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodu 3.“

5. U zdravotnického zařízení, které v příslušném referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu o úhrady použít průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti za příslušné pololetí 2009.

6. Ustanovení bodu 4 se nepoužije v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům. Ustanovení bodu 4 se dále nepoužije, pokud zdravotnické zařízení v hodnoceném období poskytlo zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům.

a doplňuje se odstavec 7, který zní:

7. „Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané, popřípadě zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zachovají zdravotní pojišťovny po celé hodnocené období, pokud zdravotnické zařízení, během hodnoceného období, nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Konečné vyúčtování za hodnocené období oznámí zdravotní pojišťovna zdravotnického zařízení nejpozději do 150 dnů po ukončení hodnoceného období.“

Odůvodnění:

Tento návrh bere do úvahy skutečnosti, které vycházejí z reálné úhrady zdravotní péče pro období let 2009 a 2010. Návrh vychází také z analýzy srovnání úhrad ambulantních laboratoří a laboratoří, které jsou součástí lůžkových zdravotnických zařízení. Z tohoto srovnání vyplývá, že úhrada ambulantních laboratoří je za srovnatelnou činnost výrazně nižší v porovnání s laboratořemi lůžkových zařízení.

Podrobná analýza:

Podle údajů AK DŘ ze září 2010 bylo v roce v 2009 za výkony ambulantního komplementu uhrazeno celkem 8 927 076 000 Kč, z toho laboratorní výkony 7 345 073 000 Kč, což je 4,23 % resp. 3,48 % z celkového objemu úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Meziroční nárůst objemu úhrady (2009/2008) činil 21,36 % za laboratorní a 18,52 % za rdg. výkony.

Z dat VZP byl odhadnut objem výkonů laboratorních odborností 807, 816, 817 a 823 na 20 % všech ambulantních laboratorních výkonů.

Na základě výše uvedených čísel pak vychází, že snížení hodnoty bodu z 0,88 resp. 0,45 Kč na 0,70 resp. 0,36 Kč by v r. 2010 při stejné výkonnosti jako v r. 2009 přineslo úsporu 1 204 592 000 Kč, tj. 0,571 % z celkového objemu fondu veřejného zdravotního pojištění.

I když relativní úspora, nižší než 0,6 %, je vzhledem k celkovému objemu finančních prostředků ze statistického hlediska zanedbatelná, přece jen se jedná o dosti vysokou částku, který by mohla pomoci krýt očekávaný deficit výběru pojistného. Nicméně jde o úsporné opatření zcela nesystémové a to hned z několika důvodů:

- v žádném jiném segmentu zdravotní péče (nebo její části) nebyla a nejsou tak drastická úsporná opatření zavedena
- zdůvodnění tím, že je třeba zamezit trvalému nárůstu objemu úhrady tohoto druhu péče je liché, protože poskytovatelé laboratorní péče požadavky na vyšetření neindukují; regulace objemu péče by proto měla být zaměřena na místo vzniku požadavků

- je třeba zohlednit i fakt, že v r. 2009 se naplno „rozběhly“ screeningové programy zjišťování rizika ca děložního čípku a kolorektálního ca aniž by pro tyto účely byly navýšeny prostředky na úhradu těchto vyšetření; tato vyšetření mají nepochybně výrazný podíl na nárůstu úhrad
 - laboratoře jsou významným zdrojem informací v diagnostickém procesu a při relativně malém ekonomickém podílu na celkové úhradě zdravotní péče poskytují až 80% informací, které ovlivňují další péči o pacienta
 - laboratoře dostávají za mnohá vyšetření úhradu, která nekryje ani provozní náklady, lze brzy očekávat snížení kvality a dostupnosti laboratorních vyšetření
 - snížení kvality práce laboratoří může ve svém důsledku naopak vyvolat zvýšení nákladů na další druhy zdravotní péče, které na laboratorní diagnostiku navazují
- Poskytovatelé ambulantní laboratorní péče jsou si vědomi potřeby úsporných opatření, ale ta by měla být, podle jejich názoru, uplatňována vyváženě, v celém systému zdravotní péče.

Návrh, který byl MZ podán sdružením privátních diagnostických laboratoří PRIVALAB jako alternativa pro úhradovou vyhlášku, potřebu úspor podle názoru předkladatelů respektuje, protože při stejné výkonnosti jako ve výše uvedeném příkladu by jeho aplikace přinesla úsporu cca 735 000 000 Kč oproti roku 2009.

Zároveň tento návrh zmírňuje výrazné ekonomické poškození dotčených odborností v porovnání s jinými segmenty, ke kterému došlo v roce 2010. Současně by přitom snížila riziko nutnosti ukončení činnosti, kterému jsou v současném způsobu úhrady mnohé laboratoře vystaveny.

Připomínka č. 13

V příloze č. 8 odst. 1 písm. b) se číslo „0,85“ **nahrazuje** číslem „**0,90**“

Ustanovení přílohy č. 8 odst. 1 písm. b) nově zní:

„b) ve výši ~~0,85~~ **0,90** Kč pro zdravotnická zařízení neposkytující dopravní zdravotní službu v nepřetržitém provozu.“

Odůvodnění:

Připomínka zachovává výši hodnoty bodu podle úhradové vyhlášky pro rok 2010. Podle systému přepočtu úhrady dopravní služby podle kapitoly 8 textové části Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami snížením hodnoty bodu dochází pochopitelně i ke snížení úhrady za 1 km pro zdravotnická zařízení poskytující dopravní službu. Tento návrh je nepochopitelný s ohledem na neustále rostoucí ceny pohonných hmot. Pro řadu zdravotnických zařízení poskytujících dopravní službu bude mít návrh vyhlášky ve stávajícím znění závažné finanční důsledky, které mohou vést až k finanční likvidaci těchto zdravotnických zařízení.

Připomínka č. 14

V příloze č. 8 odst. 3 se číslo „0,85“ **nahrazuje** číslem „**0,90**“

V příloze č. 8 odst. 3 se číslo „0,75“ **nahrazuje** číslem „**0,80**“

Ustanovení přílohy č. 8 odst. 3 nově zní:

3. „Nad 100 % objemu vypočteného podle bodu 2 je zdravotní pojišťovna oprávněna upravit hodnotu bodu uvedenou v bodu 1, a to pro zdravotnická zařízení uvedená v bodu 1 písm. a) na ~~0,85~~ **0,90** Kč a pro zdravotnická zařízení uvedená v bodu 1. písm. b) na ~~0,75~~ **0,80** Kč.“

Odůvodnění:

Připomínka zachovává výši hodnoty bodu podle úhradové vyhlášky pro rok 2010. Podle systému přepočtu úhrady dopravní služby podle kapitoly 8 textové části Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami snížením hodnoty bodu dochází pochopitelně i ke snížení úhrady za 1 km pro zdravotnická zařízení poskytující dopravní službu. Tento návrh je nepochopitelný s ohledem na neustále rostoucí ceny pohonných hmot. Pro řadu zdravotnických zařízení poskytujících dopravní službu bude mít návrh vyhlášky ve stávajícím znění závažné finanční důsledky, které mohou vést až k finanční likvidaci těchto zdravotnických zařízení.

Připomínka č. 15

Přílohu č. 1, určenou pro zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními ústavní péče, zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu, připomínkuje ČLK jako celek a **navrhuje zachování objemu úhrad pro akutní lůžkovou péči ve výši 100% úhrady náležející v roce 2010 při stejném objemu poskytované péče a rovněž zachování 100% paušální úhrady za ošetrovací den pro následnou péči náležející v roce 2010.** Pokles úhrad tak, jak ho prezentuje návrh vyhlášky předložený MZ ČR, je nepřijatelný a zejména pro menší ústavní zdravotnická zařízení může mít i likvidační finanční důsledky.

Závěr

Jak je zřejmé z množství uplatněných připomínek a pozměňovacích návrhů, je stávající návrh úhradové vyhlášky pro rok 2011, předložený Ministerstvem zdravotnictví ČR, zcela nepřijatelný. Česká lékařská komora je připravena k jakémukoliv jednání, které povede k úpravám vyhlášky, tak, jak jsou navrhovány v tomto dokumentu. Zásadní tezí nadále zůstává požadavek zvýšení úhrad zdravotnickým zařízením, a to i za cenu mírného prodloužení lhůty splatnosti úhrad dle vyhlášky č. 618/2006 Sb., o které je ČLK s Ministerstvem zdravotnictví připravena jednat.

V Praze dne 11.11.2010

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK