

## ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Kancelář prezidenta: Lékařská ulice č. 2,  
150 00 Praha 5, [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)



tel. 25721 1329

E-mail: [sekretariat@lkcr.cz](mailto:sekretariat@lkcr.cz)

Kancelář v Olomouci, Dolní nám. 38, 772 00 Olomouc

V Praze dne 6.12.2011

Č j.: 4942/2011

Vážená paní

Ing. Markéta Tallerová

vedoucí oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění MZ ČR

[dzp@mzcr.cz](mailto:dzp@mzcr.cz)

### **Připomínky ČLK k návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2012**

#### **Obecně:**

**Česká lékařská komora primárně vyjadřuje svůj zásadní nesouhlas s předloženým návrhem úhradové vyhlášky pro rok 2012, a to z následujících důvodů:**

1) Ministerstvo zdravotnictví ČR nezajistilo pro zdravotnictví adekvátní finanční příjmy v roce 2012, přestože Česká lékařská komora v této oblasti nabízela opakovaně svoji všestrannou pomoc a podporu. Následky tohoto postoje Ministerstva zdravotnictví ČR k reformě zdravotnictví nemohou nést na svých bedrech zdravotnická zařízení.

- Ministerstvo nezajistilo kompenzaci zvýšení snížené sazby DPH z 10 % na 14 %.
- Ministerstvo neprosadilo valorizaci plateb za tzv. státní pojištěnce, kdy také v roce 2012 zůstane již třetím rokem tato platba ve výši 723,- Kč měsíčně za jednoho pojištěnce.
- Ministerstvo nevytvořilo seznam tzv. nadstandardních výkonů, jehož realizace by zvyšovala příjmy zdravotnických zařízení a zároveň snížila finanční výdaje z veřejného zdravotního pojištění.
- Ministerstvo nevyužilo možnost potenciální úspory finančních prostředků ve výdajích za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky.

2) Česká lékařská komora nesouhlasí s principy tzv. regulačních mechanismů, které jsou v rozporu s pravidly lékařské etiky. Návrh tzv. úhradové vyhlášky přitom tyto regulační mechanismy v porovnání se současným stavem ještě zpřísňuje. Lékaři a zdravotnická zařízení nemohou svévolně bez opory v zákoně omezovat oprávněné nároky pacientů na dostupnost kvalitní a bezpečné zdravotní péče.

3) Návrh vyhlášky ekonomicky postihuje zejména ambulantní zdravotnická zařízení, čímž se dostává do rozporu s programovým prohlášením vlády. Zároveň však ani lůžkovým zdravotnickým zařízením nezajišťuje finanční prostředky na navýšení platů lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, které musí být uskutečněno v souladu s memorandem, jehož podpisem dne 17.2.2011 skončila akce „Děkujeme, odcházíme“.

4) Ani pro následující rok návrh vyhlášky neobsahuje zásadní klauzuli spočívající v tom, že jestliže zdravotnické zařízení poskytne péči lege artis bez nadbytečných nákladů a s ohledem na aktuální zdravotní stav a potřeby pojištěnce, nemohou být regulace uplatněny. Každé zdravotnické zařízení má zákonem stanovenou povinnost poskytovat péči lege artis (srov. § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění). Stejnou povinnost obsahují jeho smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Tyto povinnosti mají vyšší právní sílu než výpočet úhradových mechanismů stanovený vyhláškou. Jestliže tedy není zdravotnickému zařízení prokázán postup non lege artis, nehospodárnost a plýtvání prostředky z veřejného zdravotního pojištění nebo např. neindikovaný předpis léčivých přípravků či vyžádané péče, má mu být poskytnutá péče plně uhrazena a regulace nemají být uplatňovány. Tento princip zakotvuje zejména nedávný nálezn Ústavního soudu ČR ze dne 13.9.2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08. ČLK tedy požaduje zapracování této klauzule napříč všemi segmenty.

### **Konkrétně:**

#### **1) K § 2 odst. 1**

#### **ČLK navrhuje následující znění:**

„(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 4 a 8 k této vyhlášce rok ~~2010~~ **2011** a pro účely příloh č. 3, 5, 6 a 7 k této vyhlášce příslušné pololetí roku ~~2010~~ **2011**.“

#### **Odůvodnění:**

Praxe, kterou úhradové vyhlášky v uplynulých letech zavedly, tedy stanovení referenčního období jako příslušné pololetí před dvěma roky anebo celý rok, který o dva roky předcházal hodnocenému období, je neudržitelná. Poškozuje totiž nejenom zdravotnická zařízení, která za část provedené a indikované zdravotní péče nedostávají vůbec zapláceno, ale zejména pacienti, jejichž přístup ke zdravotní péči je takto nezákonným způsobem omezován. Tato praxe nezohledňuje nárůst cen, nárůst hodnoty práce, míru inflace, ani nárůst počtu pacientů v jednotlivých zdravotnických zařízeních nebo rozšiřování spektra prováděných výkonů v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

## 2) K § 16

ČLK navrhuje toto ustanovení **vypustit**.

### **Odůvodnění:**

Jde o opatření nesystémové, zcela v rozporu s ostatními ustanoveními vyhlášky. Toto ustanovení již léta dává prostor ke korupci a neefektivnímu vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění.

## 3) K § 17

### **ČLK navrhuje následující znění:**

„Pro neodkladnou zdravotní péči v nesmluvních zdravotnických zařízeních, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši ~~85 %~~ **100 %** hodnoty bodu stanovené v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce. Výsledná hodnota bodu se zaokrouhluje na dvě desetinná místa.“

### **Odůvodnění:**

Jde o diskriminační opatření, jestliže poskytnutí nutné a neodkladné péče smluvními zdravotnickými zařízeními je posuzováno dle 100 % hodnoty bodu, kdežto při poskytnutí nesmluvními zařízeními pouze ve výši 85 % hodnoty bodu. Výše úhrady za poskytnutí nutné a neodkladné péče se může posuzovat pouze dle typu a rozsahu poskytnuté péče, nikoliv dle osoby poskytovatele. Zejména v situaci, kdy má zdravotnické zařízení uzavřenou smlouvu pouze s některými pojišťovnami, by docházelo k absurdním situacím. Bez této změny by se toto ustanovení nepochybně stalo předmětem žalob u soudů.

## 4) K Příloze č. 1, oddílu A, odstavci 2, alinea 2.1

### **Varianta a):**

ČLK navrhuje toto ustanovení **vypustit**.

### **Odůvodnění:**

Balíčkový systém úhrad je v rozporu s dalšími ustanoveními vyhlášky. Nejde o regulaci poptávkou, jak bylo avizováno při představování základních principů vyhlášky, nýbrž o řízenou péči ze strany zdravotní pojišťovny.

### **Varianta b):**

**ČLK navrhuje vypustit ze seznamu navrhované skupiny vztažené k diagnózám: 05070, 07041, 07042, 07043 a přeřadit je do Přílohy č. 10.**

**Odůvodnění:**

Připustíme-li vůbec princip regulace ze strany zdravotních pojišťoven, nemůžeme ji připustit na jinou, než plně elektivní péči. Výkon označený kódem č. 05070 je v 100 % případů v akutním resp. urgentním stavu (obvykle jde pacientovi o život), výkon laparoskopické cholecystektomie je již standardním výkonem při řešení náhlých příhod břišních této etiologie. Není možno tyto výkony dopředu regulovat, nejde plánovat počet akutních pacientů.

**5) K Příloze č. 1, oddílu A, odstavci 2, alinea 2.2**

**ČLK navrhuje následující znění:**

„2.2 Výše úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely (dále jen „léčivé přípravky“) označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. .../2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „vyhláška“), na jednoho unikátního pojištěnce, kterému byl poskytnut uvedený léčivý přípravek v hodnoceném období, se stanoví ve výši ~~98%~~ **100 %** průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období vztažené k jednotlivým diagnózám. Celková úhrada vztažená k jednotlivé diagnóze se vypočte násobkem úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené podle věty první a počtem unikátních pojištěnců, kterým byl poskytnut uvedený léčivý přípravek v rámci dané diagnózy v hodnoceném období. Nejvyšší možná celková úhrada za hodnocené období se vypočítá jako násobek úhrady stanovené podle věty první a ~~105%~~ **110 %** počtu unikátních pojištěnců, kterým byl v rámci dané diagnózy poskytnut výše uvedený léčivý přípravek v referenčním období.“

**Odůvodnění:**

Při zvýšení sazby DPH z 10 % na 14 % a při navržené úhradě 98 % na URČ bude pracoviště při ošetření stejného počtu pacientů jako v referenčním období ve ztrátě 5,6 %. Při ošetření 105 % pacientů bude ztráta činit 5.9 % a při ošetření 110 % pacientů již 11.06 %. Nelze přistoupit na princip, že zdravotnická zařízení jsou ekonomicky trestána za to, že léčí pacienty.

**6) K Příloze č. 1, oddílu A, odstavci 3**

**ČLK navrhuje následující znění:**

**„3. Úhrada formou případového paušálu**

3.1 Úhrada formou případového paušálu (PU<sub>2012</sub>) zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 10 k této vyhlášce a stanoví se takto:

$$PU_{2012} = CM_{2012} * ZS_{2012}$$

kde platí že:

$$CM_{2012} = CMI_{2012 \text{ red}} * PP_{2012}$$

$$CMI_{2012 \text{ red}} = CMI_{2012} \text{ pokud } CMI_{2012} / CMI_{2011} \leq 1,05$$

a

$$CMI_{2012 \text{ red}} = CMI_{2011} * 1,05 \text{ pokud } CMI_{2012} / CMI_{2011} > 1,05$$

kde:

$CM_{2012}$  značí součet indexů (dle přílohy 10 této vyhlášky) případů hospitalizací zdravotnickým zařízením vykázaných do 31. května 2013 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 30. září 2013, vydělený počtem těchto případů.

$CMI_{2011}$  značí součet indexů (dle přílohy 10 této vyhlášky) případů hospitalizací ukončených a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období, vydělený počtem těchto případů.

$PP_{2012}$  značí počet případů hospitalizací zdravotnickým zařízením vykázaných do 31. května 2013 a zdravotní pojišťovnou uznaných do 30. září 2013, zařazených do skupin vztažených k diagnóze podle Klasifikace, které jsou uvedeny v příloze č. 10 k této vyhlášce.

$ZS_{2012}$  základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se vypočte takto:

$$ZS_{2012} = [IZS_{2011} \cdot (1 - Kp) + (ZS_{\text{ref.}} \cdot Kp)] \cdot Kn$$

kde:

$IZS_{2011}$  referenční individuální základní sazba, která se vypočte takto:

$$IZS_{2011} = U_{\text{all}2011} / CM_{\text{all}2011}$$

kde:

$U_{\text{all}2011}$  celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou péči poskytnutou během hospitalizací v referenčním období, včetně vypořádání regulačních omezení a realizovaných navýšení úhrady

$CM_{\text{all}2011}$  počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztažených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k této vyhlášce

$Kp$  přibližovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,35

ZS <sub>ref</sub>	referenční (celostátní) základní sazba, která se stanoví ve výši 27 000 Kč
Kn	koeficient navýšení základní sazby ZS <sub>2012</sub> , který se stanoví na 1,06.“

### Odůvodnění:

Lze částečně akceptovat limitaci nárůstu CM, protože by nárůst mohl být způsoben účelovým vykazováním (upcoding). Přestože kontrola a postihování upcodingu je věcí výhradně zdravotních pojišťoven, je v současné situaci nutné tento problém řešit jiným způsobem. Je to dáno absolutní neschopností zdravotních pojišťoven v oblasti kontroly tohoto segmentu, a to nelze vyřešit v krátké době (resp. není ochota toto řešit). Z toho důvodu je zavedena limitace case mix indexu ve výši maximálně 5 % nárůstu.

Nelze ale akceptovat limitaci CM danou nárůstem počtu případů. Pokud Ministerstvo zdravotnictví deklarovalo, že platba má být dle principu "peníze za pacientem", je nutno počet případů ponechat bez regulace. Jinak se bude opakovat situace, kdy budou nemocnice odmítat pacienty, protože již vyčerpaly maximální počet případů, případně budou ošetřovat pacienty zdarma.

Ve výši přibližovacího koeficientu je navržena alternativní výše 0,35. Z příložené tabulky je patrné, že tato výše koeficientu přispěje k rychlejšímu vyrovnávání základních sazeb a tím i k zrovnoprávnění jednotlivých pracovišť. Přitom nebude znamenat výraznější problémy pro fakultní nemocnice (výraznější pokles nastává až při hodnotě IZS<sub>2011</sub> 35 000 a více).

Změna referenčního období odůvodněna hned v první připomínce.

Alternativa: V krajním případě by snad bylo možno akceptovat limitaci počtu případů nad 115 % případů v roce oproti referenčnímu období.

### 7) K Příloze č. 1, oddílu A, odstavci 4, alinea 4.1

#### ČLK navrhuje následující znění:

„4.1 Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu zahrnuje úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztažených k diagnóze uvedených v příloze č. 11 k této vyhlášce. Pro úhradu zdravotní péče vyčleněné z úhrady formou případového paušálu, hrazené podle seznamu výkonů, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za hodnocené období, se stanoví hodnota bodu ve výši  $ICB_{ref} * 1,06 \underline{1,15}$  do limitu  $(LIM PU_{betadrg2012})$  vypočteného takto:

$$LIM PU_{betadrg2012} = [(V_{betadrg2010-2011} * ICB_{ref}) + ZUM_{betadrg2010-2011} + ZULP_{betadrg2010-2011} + LP_{betadrg2010-2011} + KP_{betadrg2010-2011}] * 1,06 \underline{1,15}“$$

Následující část ustanovení analogicky upravena.

#### Odůvodnění:

Tato část vyhlášky obsahuje m.j. rozsáhlý segment traumatologie a popáleninové medicíny. Úhrady v tomto segmentu péče nelze limitovat, protože tuto péči nelze neposkytnout a nelze ji naplánovat.

Obdobné je to i v oblasti péče onkologické a transplantologické. Pokud nelze tuto péči hradit jiným než navrženým způsobem, pak je nutné vytvořit takové podmínky, aby zdravotnické zařízení dostalo platbu za každý takový případ. Toho lze dosáhnout buď dostatečným navýšením, nebo ještě lépe - zavedením výkonové platby bez limitace. Předpoklad, že by mohlo dojít ke zneužívání je lichý - v Příloze 11 jsou uvedeny případy, které nelze vytvořit účelovým vykazováním a kontrola je velmi snadná.

Změna referenčního období odůvodněna hned v první připomínce.

## 8) K Příloze č. 11

**ČLK navrhuje z Přílohy č. 11 vypustit skupiny 16021, 16022 a 16023 a zařadit je do Přílohy č. 10.**

### **Odůvodnění:**

V praxi se jedná o splenektomii. Není logický důvod tuto péči hradit výkonově.

## 9) K Příloze č. 2, oddílu A

**ČLK navrhuje plošné zvýšení kapitační platby ve všech případech minimálně o 5 %.**

### **Odůvodnění:**

Návrh je odůvodněn každoroční výší inflace. Ani tento návrh sice zcela inflaci nepokrývá, avšak už vůbec tomu tak není, jestliže výše kapitační platby zůstává oproti letošnímu roku nezměněna.

## 10) K Příloze č. 2, oddílu D, odstavci 1

**ČLK navrhuje následující znění:**

„1. Regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu prováděné zdravotnickým zařízením, které má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu):

- 1.1. Pokud průměrná úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce, převyší ~~105 %~~ **120 %** celostátní průměrné úhrady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 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 a odbornostech 902 a 925, podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce převyší ~~105 %~~ **120 %** celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech a odbornostech 902 a 925, podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z tohoto překročení.“

#### **Odůvodnění:**

Jde o naprosto nepřijatelný pokles limitu poskytované péče, který naprosto neodpovídá současné situaci ve zdravotnických zařízeních. Možné překročení celostátního průměru úhrady na jednoho pojištěnce o pouhých 5 % neodpovídá ani roční hodnotě inflace. Zvláště, když přihlédneme k plánovanému stanovení referenčního období na příslušné pololetí roku 2010, což ČLK připomínkuje hned v prvním bodě. Zachování limitů zakotvených úhradovou vyhláškou pro rok 2011 považuje ČLK za nepodkročitelné minimum.

Stávající návrh 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 5 % převýšení celostátního průměru a zachování stejného procenta regulací mnohem pravděpodobnější. Pro řadu zdravotnických zařízení praktických lékařů mohou mít takto uplatněné regulace likvidační důsledky.

#### **11) K Příloze č. 2, oddílu D, odstavci 3**

##### **ČLK navrhuje následující znění:**

„2. Regulační omezení podle bodu 1.1 a 1.2 se dále nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení v roce 2011 nebo 2012 registrovalo ~~50~~ **100** a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny nebo poskytlo zdravotní péči ~~50~~ **100** a méně neregistrovaným pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny nebo jedná-li se o zdravotní péči poskytnutou zahraničním pojištěncům.“

#### **Odůvodnění:**

ČLK dlouhodobě zastává názor, že zvýšení tzv. nevýznamného počtu pojištěnců je nutností a zapojuje zejména menší zdravotní pojišťovny do systému plné úhrady poskytnuté zdravotní péče. Vzhledem k nárůstu počtu pacientů může docházet k nuceným změnám zdravotních pojišťoven u pojištěnců menších pojišťoven, neboť zdravotnická zařízení limit pečlivě hlídají. To může ve faktickém důsledku vést k zániku menších pojišťoven, které nebudou disponovat dostatečným počtem registrovaných pojištěnců.

#### **12) K Příloze č. 3, oddílu A, odstavci 1**

##### **ČLK navrhuje následující znění:**

„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 ošetrovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie podle seznamu výkonů,
- b) ~~0,90 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči, s výjimkou nasmlouvaného výkonu 18550, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 0,60 Kč.~~ **1,06 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči.**
- c) 1 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 – ortoptista podle seznamu výkonů, pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 903 – klinická logopedie podle seznamu výkonů a pro pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 905 – zrakový terapeut podle seznamu výkonů,
- d) 0,65 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů,
- e) ~~0,65 Kč~~ **0,96 Kč** pro výkony 75347 a 75348 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů,
- f) 1,00 Kč pro screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 105 – gastroenterologie podle seznamu výkonů,
- g) ~~1,02 Kč~~ **1,05 Kč** pro specializovanou ambulantní zdravotní péči výše neuvedenou, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti podle seznamu výkonů takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

kde:

P <sub>Bro</sub>	celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1.1.2012
PO <sub>Pho</sub>	počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném období
PO <sub>Pro</sub>	počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období

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 ~~0,20 Kč~~ **0,50 Kč.**

#### Odůvodnění:

K písm. b) - V oboru hemodialyzační péče jsou vysoké fixní vstupy za materiál (dialyzační přístroje, roztoky pro peritoneální dialýzu, dialyzátory, hemodiafiltry, sety, roztoky, jehly, kanyly ad.), které nejde jednoduše ovlivnit bez snížení kvality. Došlo k výraznému snížení bodu u všech výkonů

(včetně peritoneální dialýzy) z 1,06 na 0,90 Kč. U hemodiafiltrace dokonce na hodnotu bodu 0,60 Kč. Tudíž se snížil příjem za 1 hemodialýzu ze stávajících 3.800,10 Kč na 3.226,50 Kč a za 1 hemodiafiltraci z 6.267,78 na 3.547,80 Kč. Rozdíl mezi dialýzou a hemodiafiltrací by byl podle nového pouze 321 Kč - to je obrovský nepoměr.

Jestliže zdravotnické zařízení modelově provádí za rok necelých 7.000 výkonů na hemodialýze a má v průměru 5 pacientů na peritoneální dialýze, výpočet příjmů za stávajících a nových podmínek úhrady vypadá takto:

Propad příjmů u peritoneální dialýzy : -554.616 Kč

Propad příjmů u hemodialýzy : -1.798.343 Kč

Propad příjmů u hemodiafiltrace : -8.094.660 Kč.

Za celý rok při 41.089.525 vykázaných bodech je předpokládána ztráta -12.537.144 Kč (pokles o 29%). Do toho navíc není započítáno zvýšení DPH, energií, platů, inflace atd.

Takto postavený návrh pokládá ČLK za likvidační hlavně u výkonu hemodiafiltrace. Již nyní čelí řada lékařů na dialýzách tlakům vedení nemocnic, které mají na zřeteli pouze ekonomické zájmy a ne prospěch pro pacienty. Lékaři budou nuceni poskytovat pouze "bazální" péči, hemodiafiltrace bude oproti hemodialýze vysoce prodělečná, přibude komplikací u neadekvátně léčených pacientů. Odpovědnost za zhoršení péče však ponese samotná zdravotnická zařízení.

K písm. e) - Náklady na provedení předmětných dvou výkonů (operace katarakty) dosahují výše 12 tis. Kč. Podle úhradové vyhlášky pro rok 2010 byl tento výkon ze strany zdravotní pojišťovny hrazen ve výši 9,5 až 10 tis. Již tehdejší úhradový systém tedy neumožňoval ani pokrytí nákladů na provedení těchto výkonů. Navrhované snížení hodnoty bodu pro tyto výkony o celých 0,31 Kč oproti roku 2010 bude znamenat výši 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 hrazena ve výši 0,1 % z celkové úhrady, což je velmi zanedbatelná částka. Z toho důvodu ČLK navrhuje návrat k hodnotě bodu z roku 2010.

K písm. g) – ČLK požaduje návrat k hodnotě bodu, která platila před zavedením regulačních poplatků. Tyto poplatky mají čistě regulační charakter, který má zabránit nadužívání zdravotní péče. Cílem těchto poplatků není kompenzovat úhrady od zdravotních pojišťoven.

K tzv. degresní hodnotě bodu – Další pokles hodnoty tohoto bodu je absolutně nepřijatelný. ČLK navrhuje hodnotu bodu ve výši 0,50 Kč, neboť ani loňská výše 0,30 Kč zdaleka neodpovídala reálným hodnotám.

Jako krajní alternativu ke všem těmto bodům požaduje ČLK minimálně zachování hodnot platných pro rok 2011.

### **13) K Příloze č. 3, oddílu A, odstavci 4, písmenu a)**

#### **ČLK navrhuje následující znění:**

„a) v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo ~~50~~ **100** a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytované péče nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytované péče menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit ~~50~~ **100** ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvané péče pro danou odbornost.“

## **Odůvodnění:**

ČLK dlouhodobě zastává názor, že zvýšení tzv. nevýznamného počtu pojištěnců je nutností a zapojuje zejména menší zdravotní pojišťovny do systému plné úhrady poskytnuté zdravotní péče. Vzhledem k nárůstu počtu pacientů může docházet k nuceným změnám zdravotních pojišťoven u pojištěnců menších pojišťoven, neboť zdravotnická zařízení limit pečlivě hlídají. To může ve faktickém důsledku vést k zániku menších pojišťoven, které nebudou disponovat dostatečným počtem registrovaných pojištěnců.

## **14) K Příloze č. 3, oddílu B, odstavci 1, 2 a 3**

### **ČLK navrhuje následující znění:**

„1. Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky, 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 označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky, a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení po skončení roku 2012 snížit úhradu o 40 % částky, o níž celková úhrada za uvedené zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsobem 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 40 % částky, o níž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsobem obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky 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 40 % částky, o níž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsobem 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 ve znění účinném k 1. lednu 2012 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.“

## **Odůvodnění:**

Jde o naprosto nepřijatelný pokles limitu poskytované péče, který naprosto neodpovídá současné situaci ve zdravotnických zařízeních. Absolutní nemožnost překročení celostátního průměru úhrady na jednoho pojištěnce zcela popírá např. i roční hodnotu inflace. Zvláště, když přihlédneme k plánovanému stanovení referenčního období na příslušné pololetí roku 2010, což ČLK připomínkuje hned v prvním bodě. Již nastavení limitů zakotvených úhradovou vyhláškou pro rok 2011 považovala ČLK za nedostatečné.

Stávající návrh 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 nepřekročení objemu oproti referenčnímu období a zachování stejného procenta regulací mnohem pravděpodobnější. Pro řadu zdravotnických zařízení ambulantních specialistů mohou mít takto uplatněné regulace likvidační důsledky.

Jako krajní alternativu požaduje ČLK minimálně zachování hodnot platných pro rok 2011, tedy výši 105% objemu oproti referenčnímu období.

### 15) K Příloze č. 3, oddílu B, odstavci 9

**ČLK navrhuje následující znění:**

„9. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti ~~50~~ **100** a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytované péče nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 1 až 3. V případě nasmlouvané kapacity poskytované péče menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit ~~50~~ **100** ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvané péče pro danou odbornost.“

**Odůvodnění:**

ČLK dlouhodobě zastává názor, že zvýšení tzv. nevýznamného počtu pojištěnců je nutností a zapojuje zejména menší zdravotní pojišťovny do systému plné úhrady poskytnuté zdravotní péče. Vzhledem k nárůstu počtu pacientů může docházet k nuceným změnám zdravotních pojišťoven u pojištěnců menších pojišťoven, neboť zdravotnická zařízení limit pečlivě hlídají. To může ve faktickém důsledku vést k zániku menších pojišťoven, které nebudou disponovat dostatečným počtem registrovaných pojištěnců.

### 16) K Příloze č. 5, odstavci 1 a 2

**ČLK navrhuje následující znění:**

„1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu ~~screeningu děložního hrdla a novorozeneckého screeningu, podle seznamu výkonů~~, se stanoví hodnota bodu ve výši ~~1,0 Kč~~ **1,10 Kč**.

2. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 809 podle seznamu výkonů se do objemu vypočteného podle bodu 6 stanoví hodnota bodu ve výši ~~1,0 Kč~~ **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 6 stanoví hodnota bodu ve výši ~~0,65 Kč~~ **0,70 Kč**.“

### Odůvodnění:

- a) V návrhu vyhlášky pro rok 2012 se hodnota bodu u základních rentgenových, mamografických a mamoscreeningových výkonů snižuje z 1,10 na 1,00 Kč – jedná se o pokles o 9,1 % oproti roku 2011 a zároveň tedy i oproti 2008.
- b) Dále se snižuje hodnota bodu u kódů CT a MR z 0,70 na 0,65 Kč přičemž hodnota těchto výkonů byla snížena již v předchozím roce z 1,00 na 0,70 Kč – jedná se o pokles o 7,2% meziročně, o pokles o 35 % v období dvou let a DEXA z 1,10 na 0,65 Kč., tedy pokles o 40%.
- c) V návrhu vyhlášky 2012 je v těchto bodových hodnotách stanovena úhrada pouze do 95 % objemu péče uznané ve srovnávacím období, nad tuto hranici je hodnota bodu jen 0,40 Kč. Všechny kódy odbornosti 809 již prošly tzv. „kultivací sazebníku výkonů“ a nevidíme proto žádný legitimní argument pro další rapidní pokles úhrad.
- d) Prostou trojčlenkou vypočteno dochází k poklesu celkové úhrady při zachování konstantního výkonu (odhlížíme od vlivu další regulace přes indikující lékaře) na 88,18% oproti roku 2011 resp. oproti roku 2008.
- e) Vzhledem k tomu, že dohoda učiněná v loňském roce zastropovala příjmy odbornosti 809 na úrovni roku 2008, je zřejmé, že další snížení příjmů o 12 % pro lékaře přístrojového oboru, kteří splácejí leasingy a úvěry a mají podstatně více zaměstnanců oproti oborům ostatním, je likvidační.
- f) V příštím roce navíc bude zvýšena snížená sazba DPH na 14 %, přičemž právě u laboratorního komplementu na rozdíl od většiny zdravotnických oborů se jedná o zásadní zvýšení nákladů.
- g) V systému úhrad vidíme proto rezervy především v cenotvorbě léků a v úhradách části robotické chirurgie. Další prostředky získává systém z navržených regulací nemocničního komplementu. Snižování úhrady oproti roku 2011 tedy vůbec není opodstatněné.

### 17) K Příloze č. 5, odstavci 3, 4 a 9

#### ČLK navrhuje následující znění:

3. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 812 až 815, 818, 819 a 822 se do objemu vypočteného podle bodu 6 hodnota bodu stanoví ve výši ~~0,65 Kč~~ **0,71 Kč**.

4. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 807, 816, 817 a 823 se do objemu vypočteného podle bodu 6 hodnota bodu stanoví ve výši ~~0,52 Kč~~ **0,63 Kč**.

9. Zdravotní pojišťovna ~~může poskytnout~~ **poskytne** zdravotnickému zařízení ~~poskytnout~~ měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny objemu úhrady za odpovídající referenční období. Finanční vypořádání bude provedeno nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

**10. V případě prokázání kvality akreditací bude základní sazba hodnoty bodu zvýšená o 0,05 Kč/bod.**

### Odůvodnění:

- a) Zatímco v letech 2005-2010 výdaje na celé zdravotnictví rostly o 33 %, na laboratoře pouze o 15 %.
- b) Návrh úhradové vyhlášky vůbec nereflektuje změny, které v laboratorním komplementu dlouhodobě probíhají. Na základě úhradové vyhlášky pro rok 2010 byly úhrady v laboratorním komplementu poníženy z 0,88 Kč /bod na 0,70 Kč/bod v základní sazbě. V žádném jiném segmentu nebyla úhrada takto dramaticky snížena. Tento stav trvá již 2 roky a neumožňuje žádné

z laboratoří plánovat, obnovovat přístrojové vybavení, rozvíjet lidské zdroje a udržovat základní prvky kvality, které jsou pro řádné poskytování zdravotní péče v laboratorním komplementu nezbytné.

- c) Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2012 ještě více snižuje hodnotu bodu a to na úroveň, při které nelze laboratorní medicínu provozovat na úrovni v ČR platných a požadovaných nároků na kvalitu.
- d) Navrhovaným snížením úhrady základní hodnoty bodu na 0,65 Kč/bod a 0,52 Kč/bod dojde na straně zdravotních pojišťoven k úsporám kolem 600 miliónů korun. Pro více než 200 miliardový rozpočet je to částka statisticky, z hlediska chování celého systému, zanedbatelná, pro poskytovatele laboratorních vyšetření částka zásadní.
- e) V roce 2010 a 2011 ZP „ušetřily“ v laboratorním segmentu ve svých pojistných plánech přibližně 750 mil. Kč, což je asi 10 % celé spotřeby našeho segmentu. V absolutních číslech to znamená 0,07 Kč na každý bod.
- f) V příštím roce navíc bude zvýšena snížená sazba DPH na 14 %, přičemž právě u laboratorního komplementu na rozdíl od většiny zdravotnických oborů se jedná o zásadní zvýšení nákladů.
- g) Takto nastavená úhrada laboratorního komplementu bude nadále velmi konzervativní a vzhledem k regulacím u indukujících lékařů nenavýší výdaje zdravotních pojišťoven. Pokud budou zdravotní pojišťovny vyžadovat prokazování kvality akreditací, je nutné dále zvýšit hodnotu bodu pro laboratoře, které tyto požadavky splní o minimálně 0,05 Kč/bod a to z toho důvodu, že tento požadavek není v kalkulačním vzorci pro výpočet hodnoty výkonu definován.
- h) V systému úhrad vidíme proto rezervy především v cenotvorbě léků a v úhradách části robotické chirurgie. Další prostředky získává systém z navržených regulací nemocničního komplementu. Snižování úhrady oproti roku 2011 tedy vůbec není opodstatněné.

Přehled nákladů na laboratorní komplement v systému zdravotnictví  
(zdroj: Analytická komise)

### 1) Absolutní výdaje 2005 - 2010 (tis. Kč)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Laboratoře	5 676 152	5 392 005	5 131 072	6 052 478	7 345 073	6 505 079
Celk. výdaje	162 447 662	167 070 444	180 594 821	191 944 827	210 838 689	215 581 651
Laboratoře %	3,5 %	3,2 %	2,8 %	3,1 %	3,5 %	3,0 %

Z tabulky vyplývá, že od roku 2010 náklady na laboratorní segment představují stálou poměrnou část celkových výdajů na celou zdravotní péči.

### 2) Relativní výdaje 2005 - 2010 (srovnání k roku 2005)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Laboratoře	100%	95%	90%	107%	129%	115%
Celk. výdaje	100%	103%	111%	118%	130%	133%

### 3) Dopad zvýšení DPH v roce 2012 na 14 % na výdaje laboratorního komplementu (tis. Kč)

Poměr nákladů na chemii	Náklady na chemii	Nárůst DPH	Nárůst Kč/bod
40%	2 602 032	104 081	0,711
50%	3 252 540	130 102	0,714

Analýza vychází z dat 2010 - 40% poměr je pro rutinní laboratoře, 50% je pro komplexní laboratoře s vyšším poměrem speciálních metod.

#### 4) Náklady ZP na ambulantní komplement a zdravotně pojistné plány v tis. Kč

	2010	2011
Náklady	8 160 623	8 185 183
ZPP	8 477 781	8 626 298
<b>Zůstatek ZP</b>	<b>317 158</b>	<b>441 115</b>

Analýza dat z analytické komise potvrzuje, že ZP v roce 2010 a 2011 „ušetřily“ na ambulantním komplementu přibližně 750 mil. Kč.

#### Závěr:

Jak je zřejmé z množství uplatněných připomínek a pozměňovacích návrhů, je stávající návrh úhradové vyhlášky pro rok 2012, 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, o které je ČLK s Ministerstvem zdravotnictví připravena jednat, nadále zůstává požadavek zvýšení úhrad zdravotnickým zařízením, a to i za cenu mírného prodloužení lhůty splatnosti úhrad dle vyhlášky č. 618/2006 Sb.

Zároveň tímto ČLK podporuje návrh Asociace českých a moravských nemocnic ke společnému vypořádání připomínek všech segmentů k návrhu úhradové vyhlášky. I k účasti na tomto vypořádání je ČLK připravena.

MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK