

S ekonomickou likvidací části soukromých lékařů komora nemůže a nebude souhlasit

Jako dopadlo vypořádání připomínek ČLK k návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2013

Koncem listopadu obdržela Česká lékařská komora prvotní návrh úhradové vyhlášky pro rok 2013 z dílny Ministerstva zdravotnictví ČR. Již letný pohled na navrhované změny oproti úhradové vyhlášce pro rok 2012 dával tušit, že se pan ministr Heger snaží za svoji neschopnost získat pro zdravotnictví dostatečné finanční zdroje potrestat lékaře a přinutit je, aby podstatnou část zdravotní péče poskytovali pacientům zadarmo. K návrhu vyhlásilo ministerstvo zdravotnictví tzv. vnitřní připomínkové řízení s tím, že své připomínky můžeme uplatnit nejpozději do 5. 12. 2012, tedy do pěti pracovních dnů. Přesto ČLK o.s. (dále jen „ČLK“) připomínky uplatnila včas, nesouhlasila v nich s okrádáním svých členů a uspořádala ve spolupráci se Sdružením ambulantních specialistů ČR k úhradové vyhlášce tiskovou konferenci, částečný výstup z ní byl k vidění na ČT 24.

Připomínky ČLK se týkaly jednak obecných zásad úhradové vyhlášky, jednak konkrétních bodů v segmentu ambulantních specialistů a segmentu komplementu. ČLK o.s. neuplatňovala připomínky v segmentu praktických lékařů a PLDD a gynekologie, neboť text úhradové vyhlášky byl v těchto segmentech výsledkem dohody mezi sdruženími poskytovatelů a zdravotními pojišťovnami. Praktičtí lékaři a PLDD zůstali pro rok 2013 na stejné úrovni oproti roku 2012, v případě gynekologie principiálně rovněž, avšak gynekologům bude uhrazeno pouze 98 % vykázané a uznané péče oproti roku 2011. ČLK také neuplatnila připomínky v segmentu lůžkové péče, neboť text a výpočty zakotvené úhradovou vyhláškou byl tak nesrozumitelný a v jednotlivých ustanoveních protichůdný, že jakékoliv konstruktivní připomínky vůbec nebyly reálné.

Právní kancelář ČLK podrobila na poslední chvíli, tedy 31.12.2012, publikovanou vyhlášku č. 475/2012 Sb. analýze a zpracovala pro vás přehled lékařskou komorou podaných připomínek včetně zhodnocení, zda tyto naše připomínky ministerstvo akceptovalo, či nikoliv.

A) Obecné připomínky

1) Ministerstvo zdravotnictví ČR nezajistilo pro zdravotnictví adekvátní finanční příjmy v roce 2013, 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.

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 poskytovatelé nemohou svévolně bez opory v zákoně omezovat oprávněné nároky pacientů na dostupnost kvalitní a bezpečné zdravotní péče.

3) Návrh vyhlášky ekonomicky postihuje zejména ambulantní poskytovatele, čímž se dostává do rozporu s programovým prohlášením vlády.

4) Ani pro následující rok návrh vyhlášky neobsahuje zásadní klauzuli spočívající v tom, že jestliže poskytovatel poskytne péči lege artis bez nadbytečných nákladů a s ohledem na aktuální zdravotní stav a potřeby pojištěnce, nemohou být regulace uplatněny. Každý poskytovatel má zákonem

stanovenou povinnost poskytovat péči lege artis (srov. § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Stejnou povinnost obsahují jeho smlouvy se zdravotními pojišťovnami. I samotný pacient má podle § 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, nárok na poskytnutí hrazené péče, na základě podmínek obsažených v tomto ustanovení. Nelze takový nárok pacienta omezovat skutečností, že daná péče nebude adekvátně hrazena zdravotnickému zařízení, které ji poskytne. Tyto povinnosti mají vyšší právní sílu než výpočet úhradových mechanismů stanovený vyhláškou. Jestliže tedy není poskytovateli 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 nálezkem Ústavního soudu ČR ze dne 13.9.2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08. ČLK tedy požaduje zapracování této klauzule napříč všemi segmenty.

Tyto připomínky NEBYLY akceptovány.

B) Konkrétní připomínky - ambulantní specialisté

1) ČLK nesouhlasí s opakovaným stanovením referenčního období dva roky zpětně, v tomto případě bylo referenční období stanoveno na rok 2011. 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 poskytovatele, kteří 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.

ČLK rovněž nesouhlasí, aby bylo referenční a hodnocené období nově období celého roku, namísto dosavadní praxe dělení na příslušná pololetí. Z předešlých let je již znám průměr na jednoho unikátního pojištěnce a počet pojištěnců ošetřených v referenčním období. Pokud bude nově stanoveno roční referenční období, budou muset zdravotní pojišťovny investovat do nových výpočtů, aby jim byl upraven výpočet hodnot, a poskytovatelé se tyto údaje dozvědí se značným zpožděním.

Tato připomínka NEBYLA akceptována.

2) ČLK nesouhlasí, aby poskytnutá nutná a neodkladná péče nesmluvním poskytovatelem byla hrazena pouze ve výši 75 % běžné hodnoty bodu. Jde o diskriminační opatření, jestliže poskytnutí nutné a neodkladné péče smluvními poskytovateli je posuzováno dle 100 % hodnoty bodu, kdežto při poskytnutí nesmluvními poskytovateli pouze ve výši 75 % 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 poskytovatel uzavřenou smlouvu pouze s některými pojišťovnami, by docházelo k absurdním situacím. Bez této změny by se toto ustanovení nepochybně stalo předmětem žalob u soudů.

Tato připomínka NEBYLA akceptována.

3) a) ČLK požadovala, aby základní hodnota bodu u ambulantních specialistů byla 1,05 Kč namísto 1,02 Kč. 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.

b) Výši tzv. degresní hodnoty bodu, tedy za výkony poskytnuté nad rámec základního objemu úhrady, navrhovala ČLK navýšit z 0,30 Kč na 0,50 Kč, neboť ani loňská výše 0,30 Kč zdaleka neodpovídala reálným hodnotám.

c) Za naprosto nepřijatelné považuje ČLK snížení maximálního objemu úhrady v základní hodnotě bodu na 98 % oproti referenčnímu období a navíc výpočet těchto 98 % pouze z poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, které nebyly v referenčním období uhrazeny ve snížené hodnotě bodu. Toto opatření dramaticky snižuje celkovou úhradu zdravotních pojišťoven ambulantním poskytovatelům. Nadto i v případě snížené hodnoty bodu jde o body, které poskytovatel vykázal oprávněně, jinak by je zdravotní pojišťovna v rámci revizní činnosti odmítla, proto by měly vstoupit do průměrné hodnoty nákladů na unikátního pojištěnce. Analogicky ČLK navrhovala tento 98 % limit vypustit i v dalších dotčených segmentech.

Tyto připomínky NEBYLY akceptovány. Nad rámec připomínek ČLK došlo jen ke zvýšení hodnoty bodu u výkonu 18550 (hemodiafiltrace) z 0,70 Kč na 0,75 Kč.

4) ČLK navrhovala zvýšení tzv. nevýznamného počtu pojištěnců jedné zdravotní pojišťovny ošetřených v příslušném hodnoceném období z 50 na 100. Do tohoto počtu se pro úhradu použije základní hodnota bodu a nikoliv snížená. 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.

Tato připomínka BYLA akceptována.

5) V návaznosti na nesouhlas, aby bylo referenční a hodnocené období nově období celého roku, namísto dosavadní praxe dělení na příslušná pololetí, navrhovala ČLK upravit výši předběžné úhrady z 1/12 ročně na 1/6 pololetně.

Tato připomínka NEBYLA akceptována.

6) Již v roce 2012 šlo o naprosto nepřijatelný pokles limitu poskytované péče, který naprosto neodpovídal současné situaci poskytovatelů. 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 2011, což ČLK výše rovněž připomínkuje. Nastavení limitů zakotvených již předchozími úhradovými vyhláškami 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 ambulantních poskytovatelů mohou mít takto uplatněné regulace likvidační důsledky, pro pacienty se bude situace obrazit v tom, že mu žádný poskytovatel, který již přečerpal svůj limit, nebude chtít léčivé přípravky předepsat. Ve smyslu § 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, tím

ze strany zdravotních pojišťoven bude docházet k omezování práva pacienta na hrazenou péči, což může mít za důsledek rostoucí množství žalob na zdravotní pojišťovny ze strany pacientů, neboť za situaci, že si poskytovatel již nemůže dovolit preskripci z důvodu, že mu ji zdravotní pojišťovna od určitého období odmítne hradit, nelze vinit poskytovatele.

ČLK rovněž zásadně nesouhlasí s navýšením procenta regulací za preskripci ZULP, ZUM, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků na 50 %. Rovněž s procentem za vyžádanou péči (40 %) ČLK nesouhlasí, ač tato hodnota zůstala oproti letošnímu roku stejná. ČLK požaduje, aby tyto limity byly srovnány s regulacemi u praktických lékařů a PLDD, kde jsou tyto hodnoty ve výši 25 %. A to i s vědomím, že v odstavci 11 zůstal zachován maximální limit pro regulace do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období. U odborností, ve kterých jsou zaváděny nové léčivé přípravky, ani toto nebude dostatečnou pojistkou, neboť daní poskytovatelé tímto snadno překročí své limity o desítky tisíc korun.

Tyto připomínky byly akceptovány jen velmi DROBNĚ – v případě ZUM a ZULP byl snížen regulační limit z 50 % na 40 %, zbytek NEAKCEPTOVÁN

7) Stejně jako v případě hrazení základní hodnotou bodu navrhovala ČLK i pro nemožnost uplatnění regulací zvýšení tzv. nevýznamného počtu pojištěnců jedné zdravotní pojišťovny ošetřených v příslušném hodnoceném období z 50 na 100.

Tato připomínka NEBYLA akceptována.

C) Konkrétní připomínky - komplement

1) U odbornosti 809 (radiologie a zobrazovací metody) požadovala ČLK zvýšení základní hodnoty bodu z 1,05 Kč na 1,10 Kč a u specifických výkonů z 0,67 Kč na 0,70 Kč. Jelikož nedošlo k 1.1.2013 ke změně indexu režijních nákladů, považujeme návrat k hodnotě bodu shodné, jako byla v referenčním období, tj. 1,10 Kč/bod (s výjimkou vyjmenovaných výkonů) za minimálně možný k udržení kvality a dostupnosti ambulantních RDG služeb. Jelikož ambulantní pracoviště smluvní autorské odbornosti 809 mají kompletně charakter objemové stagnace a poklesu, není žádný důvod k větší regulaci a poklesu úhrad. Dynamika objemů je patrná pouze u výkonů v odbornosti 809 mimo autorskou smluvní odbornost.

Tato připomínka NEBYLA akceptována.

2) V odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 812 až 815, 818, 819 a 822 (laboratorní obory) požadovala ČLK zvýšení základní hodnoty bodu z 0,55 Kč na 0,70 Kč. Návrh úhradové vyhlášky vůbec nereflakuje změny, které v laboratorním komplementu dlouhodobě probíhají. Na základě úhradové vyhlášky od roku 2010 byly úhrady v základní sazbě v laboratorním komplementu postupně snižovány z původních 0,88 Kč /bod na 0,67 Kč/bod pro rok 2012, tj. 24 %. V žádném jiném segmentu nebyla úhrada takto dramaticky snížena. Tento stav 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.

Zatímco v letech 2005-2011 výdaje na celé zdravotnictví rostly o cca 35 %, na komplement pouze o cca 22 %, na rozdíl od ostatních segmentů. 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. V příštím roce navíc bude zvýšena snížená sazba DPH na 15 %, pro laboratorní přístroje a zařízení dokonce ze 14 % na 21 %, to představuje další zásadní zvýšení nákladů. Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2013 ještě více snižuje základní hodnotu bodu pro méně oborové laboratorní zařízení a to na úroveň, při které nelze laboratorní medicínu provozovat na úrovni v ČR platných a požadovaných nároků na kvalitu.

Tato připomínka byla akceptována jen velmi DROBNĚ – hodnota bodu 0,70 Kč pouze pro případ certifikátu ISO ČSN 15189 nebo NASKL II, jinak stále hodnota bodu 0,55 Kč.

3) V odbornostech 807, 816, 817 a 823 požadovala ČLK zvýšení základní hodnoty bodu z 0,40 Kč na 0,60 Kč. Současný návrh úhradové vyhlášky je pro odbornost 816 likvidační. Pokles hodnoty bodu o 40 % (tj. na 40 haléřů/bod) v kombinaci s dalším navýšením DPH a povinnou akreditací genetických laboratoří dle § 28 a § 29 zákona č. 373/2011 Sb. bude znamenat zánik laboratoří, které v minulosti nezneužívaly systém veřejného zdravotního pojištění. Upozorňujeme rovněž na skutečnost, že snížení hodnoty bodu nespravedlivě postihne hlavně cytogenetická pracoviště, kde dlouhodobě nedochází k nárůstu výkonů. Na rozdíl od výkonů DNA diagnostiky, mají cytogenetická vyšetření frekvenční omezení a stanou se za daných podmínek neproveditelnými. V současné době se většina prenatálních vyšetření provádí v nestátních zařízeních, která po několika letech snižování úhrady nemají již další prostor pro finanční restrikcí.

Tato připomínka BYLA akceptována jen velmi DROBNĚ – hodnota bodu byla zvýšena na 0,50 Kč pro odbornosti 816 a 817 (genetika a cytologie) opět pouze pro případ certifikátu ISO ČSN 15189 nebo NASKL II, jinak zůstala na hodnotě 0,40 Kč, odbornosti 807 a 823 (patologie a laboratoř patologie) přesunuty do předchozího oddílu k laboratorním oborům s hodnotou bodu 0,55 Kč, resp. 0,70 Kč v případě certifikátu.

4) ČLK navrhovala vypuštění ustanovení, které zakotvovalo, že v případě, že poskytovatel poskytuje služby v minimálně 4 autorských odbornostech, zvýší zdravotní pojišťovna hodnotu bodu o 27%. Je třeba souhlasit s určitým finančním zvýhodněním tzv. komplexních laboratoří, které působí regionálně a poskytují služby ve více autorských odbornostech (ne ve smluvních odbornostech) a které mají zvýšené nároky na personální a technické vybavení. Toto případné zvýhodnění by mělo být pouze formou bonusu k základní sazbě hodnoty bodu 0,70 Kč např. 0,03 Kč/bod. Nedílnou součástí takového kroku musí být přesná definice podmínek pro získání statutu „komplexní laboratoře“ tak, aby byla jednotně vykládána všemi plátcí a aby nemohlo docházet k různým právním výkladům zavádějícím případné nerovnosti v platbách.

Tato připomínka BYLA akceptována.

5) a) Za naprosto nepřijatelné považuje ČLK snížení maximálního objemu úhrady v základní hodnotě bodu na 98 % oproti referenčnímu období.

b) ČLK požadovala zvýšení degresních hodnot bodu z 0,37 Kč na 0,40 Kč a z 0,20 Kč na 0,30 Kč.

Tyto připomínky NEBYLY akceptovány.

Nad rámec připomínek ČLK byla zvýšena hodnota bodu pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu a screeningu děložního hrdla na 1,03 Kč, kdy původní hodnoty bodu byly 1 Kč resp. 0,70 Kč. Ze stejného ustanovení naopak zmizela hodnota bodu 1 Kč pro screening kolorektálního karcinomu.

Jak je z výše uvedeného textu zřejmé, drtivá většina připomínek ČLK nebyla Ministerstvem zdravotnictví ČR akceptována. Provedené úpravy oproti prvotnímu návrhu mají jen kosmetický charakter. I po vypořádání připomínek je tedy úhradová vyhláška pro většinu zdravotnických zařízení ekonomicky likvidační. Nutí lékaře a zdravotnická zařízení poskytovat podstatnou část zdravotní péče zadarmo. V každé jiné odborné profesi by toto bylo naprosto nepřijatelné. Je s podivem, že takovým způsobem je trestána profese, která je jednou z nejzodpovědnějších – výkon lékařského povolání. Situace je o to více paradoxní, že tento stav připravilo lékařům jejich vlastní ministerstvo.

Mgr. Bc. Miloš Máca
právní oddělení ČLK