

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

Kancelář prezidenta: Lékařská ulice č. 2,
150 00 Praha 5, www.lkcr.cz



tel. 25721 1329

E-mail: sekretariat@lkcr.cz
Kancelář v Olomouci, Dolní nám. 38, 772 00 Olomouc

V Praze dne 13.11.2014

č.j.: 5179/2014

Ministerstvo zdravotnictví ČR
Palackého náměstí 4
128 01 Praha 2 – Nové Město

Připomínky České lékařské komory k návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2015

1) K § 16

ČLK navrhuje následující znění:

„Za každý poskytovatelem vykázaný a zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada 30 Kč. ~~Maximální úhrada poskytovateli za vykázané výkony č. 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí třicetinasobek počtu výkonů č. 09543 podle seznamu výkonů, ve znění účinném v referenčním období, vykázaných zdravotní pojišťovně v referenčním období.~~ Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.“

Odůvodnění:

Z uvedeného ustanovení plyne, že poskytovatel může de facto vykázat tolik výkonů regulačních poplatků, kolik vykázal v referenčním období. Jestliže maximální úhrada nesmí překročit třicetinasobek počtu těchto výkonů vykázaných v referenčním období a úhrada za jeden výkon činí 30 Kč, výsledkem je limitace počtu vykázaných výkonů maximálně na úroveň počtu z referenčního období. Takové omezení počtu výkonů nemá žádné opodstatnění. Pravidla pro vykázání tohoto výkonů se nemění, bez ohledu na to, že dosud poplatek ve výši 30 Kč hradil pacient a od roku 2015 ho bude hradit zdravotní pojišťovna. Dosud zákonné ustanovení upravující regulační poplatky žádnou limitaci počtu vybraných poplatků jedním poskytovatelem neobsahovalo, není proto důvod ji zavádět jenom proto, že se mění subjekt, který poplatek hradí. Nadto je nepochybné, že poskytovatel nemůže počet pacientů a počet provedených klinických vyšetření ovlivnit a nemá na výběr, zda

výkon č. 09543 ke klinickému vyšetření vykáže či nikoliv – musí tak učinit vždy. Z toho důvodu ČLK navrhuje z ustanovení § 16 vypustit větu druhou.

2) K Příloze č. 2, oddílu A, odstavci 1, písm. a)

ČLK navrhuje následující znění:

„a) 52 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň ~~2 dny v týdnu~~ **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.“

Odůvodnění:

Zmíněné ustanovení odporuje dohodě, které bylo dosaženo v dohodovacím řízení mezi zástupci poskytovatelů zdravotních služeb a zástupci zdravotních pojišťoven. Povinnost mít ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu jde nad rámec dohody, která obsahovala pouze jeden den. ČLK navrhuje, aby vyhláška respektovala dosaženou dohodu. Dokonce i důvodová zpráva k návrhu vyhlášky na straně 9 obsahuje podmínku pouze 1 dne, kdežto samotný text vyhlášky uvádí 2 dny.

3) K Příloze č. 2, oddílu A, odstavci 1

ČLK navrhuje, aby bylo ustanovení doplněno o následující znění:

„53 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 2 dny v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.“

Odůvodnění:

ČLK se nebrání tomu, aby úhradová vyhláška otevřela možnost bonifikovat praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost v případě, že alespoň 2 dny v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hod., nicméně nad rámec dohody dosažené v dohodovacím řízení by tento další požadavek znamenal zvýšit ohodnocení kapitální platby. Zvýšení o 1 Kč oproti poskytovatelům ordinujícím do 18 hod. toliko jeden den v týdnu považuje ČLK za adekvátní.

4) K Příloze č. 3, oddílu A, odstavci 2

ČLK navrhuje následující znění:

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, do něhož se nezapočte ~~45 %~~ **40 %** bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu

Odůvodnění:

V dohodovacím řízení mezi zástupci poskytovatelů a zástupci zdravotních pojišťoven nebylo dosaženo oficiální dohody. V dalších jednáních vedených Českou lékařskou komorou se ukázala pro zdravotní pojišťovny akceptovatelnou hranice nezapočtení pouze 40 % bodů uhrazených v referenčním období ve snížené hodnotě bodu. ČLK navrhuje, aby se ministerstvo v textu vyhlášky přiklonilo k této akceptovatelné neformální dohodě.

5) K Příloze č. 3, oddílu B, odstavci 2, 3 a 4

ČLK navrhuje následující znění:

„2. Pokud poskytovatel 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 č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než ~~100 %~~ **102 %** 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 č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513.“

Analogicky taktéž i u odstavců 3 a 4.

Odůvodnění:

Absolutní nemožnost překročení celostátního průměru úhrady na jednoho pojištěnce u ambulantních specialistů zcela popírá např. i roční hodnotu inflace. V segmentech praktických lékařů a ambulantních gynekologů je alespoň minimální index nárůstu obsažen, u ambulantních specialistů nikoliv. Zvláště, když přihlídneme k plánovanému stanovení referenčního období na rok 2013.

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.

6) K Příloze č. 5

ČLK navrhuje, aby byl do této přílohy doplněn text následujícího znění:

„Celková výše úhrady podle bodů 3 až 4 bude navýšena, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení celkové výše úhrady podle bodů 3 až 4.“

Odůvodnění:

Text návrhu vyhlášky pro segmenty praktických lékařů, ambulantních specialistů i ambulantních gynekologů obsahuje toto ustanovení v případě uplatnění regulačních mechanismů. I přesto, že v segmentu komplementu není užíván termín „regulace“, ale „celková výše úhrady“, i tento segment musí mít možnost odůvodnit nezbytnost překročení celkové výše úhrady. Absence tohoto ustanovení by byla vůči tomuto segmentu diskriminační.

7) K Příloze č. 5, odst. 2 písm. b)

ČLK navrhuje následující znění:

„b. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 812 až 815, 818, 819 a 822 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,70 Kč. ~~V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem osvědčení o akreditaci podle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL, hodnota bodu (HB) podle věty první se stanoví ve výši 0,55 Kč. V případě, že poskytovatel získal osvědčení v průběhu hodnoceného období, stanoví se hodnota bodu podle věty první ode dne platnosti osvědčení.“~~

Odůvodnění:

ČLK požaduje vypuštění podmínky splnění požadavků akreditace (ČSN ISO15189 a audit II NASKL), a to jednak z důvodu vlastního požadavku zástupců ministerstva zdravotnictví z dohodovacího řízení, na základě kterého byl z návrhu vyhlášky během dohodovacího řízení odstraněn, a proto informace uvedené v důvodové zprávě tedy zcela protirečí stanovisku MZ ČR z dohodovacího řízení, jednak z důvodu dohody zástupců poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, na základě které budou zapracovány požadavky na zajištění kvality do návrhů znění smluvních vztahů mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, nikoliv přímo do vyhlášky.

8) K Příloze č. 5, odst. 2 písm. c)

ČLK navrhuje následující znění:

„c. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 807, 816, 817 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu (HB) ve výši 0,50 Kč ~~a fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,20 Kč. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období držitelem osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189 nebo osvědčení o auditu II NASKL, hodnota bodu podle věty první se stanoví ve výši 0,40 Kč. V případě, že poskytovatel získal osvědčení v průběhu hodnoceného období, stanoví se hodnota bodu podle věty první ode dne platnosti osvědčení.~~“

Odůvodnění:

Výpočet celkové úhrady v segmentu komplementu nepočítá s fixní hodnotu bodu. Text, který navrhuje ČLK vypustit, je tedy zcela nadbytečný. Pokud jde o ČLK navrhované vypuštění podmínky splnění požadavků akreditace (ČSN ISO15189 a audit II NASKL), odůvodnění je analogické k připomínce č. 7.

9) K příloze č. 2, 3, 4 a 5

ČLK navrhuje do všech uvedených příloh doplnit texty následujícího znění:

K regulacím pro objem péče:

„Pokud v hodnoceném období dojde k v důsledku dodržení povinnosti poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce a poskytovatel odůvodní poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období.“

K regulacím předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, ZULP a vyžádané péče:

„Regulační omezení se nepoužijí, pokud k překročení referenčních limitů dojde v důsledku

dodržení povinnosti poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni a poskytovatel odůvodní poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, u kterých došlo k překročení průměrných úhrad.“

Odůvodnění:

Dlouhodobě dochází ke konfliktu povinnosti poskytovatele poskytovat péči lege artis, neboli slovy zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, na „náležitě odborné úrovni“, která je stanovena zákonem, a oprávnění zdravotních pojišťoven uplatnit regulační srážky (i přesto, že zdravotní péče byla poskytnuta lege artis bez nadbytečných nákladů), stanovené toliko vyhláškou. Zákon, jakožto předpis vyšší právní síly, pochopitelně musí mít přednost před vyhláškou. Dále je alarmující skutečností, že návrh vyhlášky opět ignoruje zásady stanovené nálezem pléna Ústavního soudu Pl.ÚS 19/13, tedy že zdůvodní-li poskytovatel překročení limitů potřebou poskytnout zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, zdravotní pojišťovna regulační srážku neuplatní a pokud ji již uplatnila, poskytne poskytovateli zdravotní služby adekvátní kompenzaci. Z obou uvedených důvodů ČLK navrhuje a důsledně trvá na doplnění těchto ustanovení do textu vyhlášky u všech jmenovaných segmentů.

Závěr:

Česká lékařská komora doporučuje přijetí vyhlášky ve znění výše uvedených připomínek.

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK