

VNĚJŠÍ PŘIPOMÍNKOVÉ ŘÍZENÍ

Připomínky ČLK k návrhu vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025

Číslo připomínky	Zásadní/ Doporučující	Znění připomínky	Zdůvodnění
1	Zásadní	K příloze č. 2, 3, 4 a 5 návrhu vyhlášky: Česká lékařská komora navrhuje pro rok 2025 pro segment praktických lékařů, ambulantních specialistů, ambulantních gynekologů a komplementu meziroční nárůst úhrad o 15 % .	<p>Ministerstvo zdravotnictví v důvodové zprávě uvádí, že příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2025 porostou o 27,4 mld. Kč, ale náklady jen o 16,5 mld. Kč, protože je nutné pokrýt deficit financování z roku 2024, který činí cca 11 mld. Kč. Z růstu nákladů pak má dle důvodové zprávy tvořit významnou část růst tzv. mandatorních nákladů, mezi které dle ministerstva patří v užším významu náklady na centrové léky, léky na recept a zdravotnické prostředky (dohromady růst o 7,4 mld. Kč) a v širším významu pak i růsty objemu péče a změny v Seznamu výkonů (dalších 2,6 mld. Kč - dohromady pak 10 mld. Kč). Na navyšování jednotkových úhrad pro jednotlivé segmenty pak dle ministerstva zbyde pouze 6,5 mld. Kč, což představuje průměrný růst o cca 1,3 % napříč segmenty. Úhradová vyhláška na rok 2025 je dle ministerstva koncipována po mnoha letech úhradově velmi restriktivně, přičemž na úrovni individuálních poskytovatelů nelze vyloučit i meziroční pokles úhrad. Některé segmenty nebo odbornosti jsou úhradově podporovány, některé nikoli.</p> <p>Česká lékařská komora považuje stagnaci úhrad, resp. reálné riziko jejich poklesu za zcela nepřijatelné. Poskytovatelé jsou zatíženi kontinuálním růstem nákladů, který nebyl plně zohledněn v úhradách za rok 2022, 2023, ani za rok 2024. Již v průběhu loňského roku se u některých poskytovatelů začaly projevovat provozní problémy spojené s nedostatkem</p>

			<p>financí. Situace se v tomto roce dále zhoršuje. Pro udržení stability systému je třeba nastavit pro všechny poskytovatele takové úhradové podmínky, které budou odrážet reálnou nákladovou situaci. Vzhledem k tomu, že smluvní poskytovatelé, na rozdíl od jiných podnikatelů, nemohou promítnout skutečné náklady do ceny poskytované služby, je třeba, aby tyto náklady promítlo do regulované ceny ministerstvo. Tvzení, že mandatorními výdaji na straně zdravotních pojišťoven jsou pouze léky, zdravotnické prostředky a nové výkony, přičemž pouze nárůst nákladů na tyto komodity je třeba v navýšení úhrady plně zohlednit, je zcela nesprávné. Mandatorními výdaji na straně zdravotních pojišťoven jsou výdaje na veškeré hrazené zdravotní služby v příštím roce, které musí být uhrazeny na úrovni nákladů účelně vynaložených na poskytnutí těchto služeb se současným vytvářením reálného prostoru pro tvorbu přiměřeného zisku na straně smluvních poskytovatelů.</p> <p>Česká lékařská komora podporuje adekvátní nastavení úhradových podmínek pro všechny smluvní poskytovatele. Jedním ze způsobů, jak promítnout reálné náklady do ceny zdravotní služby, je pravidelná valorizace v ceně zahrnutých nákladů podle inflace. Zdravotní pojišťovny i Ministerstvo zdravotnictví vědomě brání tomu, aby se valorizace nákladů podle inflace do ceny zdravotních služeb plně promítla. Dochází ke snižování hodnoty bodu, v důsledku čehož meziroční nárůst úhrad nedopovídá reálnému nárůstu nákladů, který je inflací významně ovlivněn. S ohledem na to, že ani v letošním roce ministerstvem stanovené úhradové podmínky nezohledňují reálný kumulativní nárůst nákladů poskytovatelů, je nezbytné, aby se v roce 2024 meziroční nárůst úhrad v segmentu</p>
--	--	--	---

			<p>praktických lékařů, ambulantních specialistů, ambulantních gynekologů a komplementu pohyboval kolem 15 %.</p> <p>Je nutné zohlednit, že zásadní podíl smluvní sítě ambulantních poskytovatelů tvoří malé praxe, na které nárůst nákladů dopadá nejtěživěji. Přerozdělování finančních prostředků by nemělo vytvářet nerovnosti, které se dříve nebo později v systému negativně projeví, ale naopak vést k zachování jeho stability. Návrh úhrad, který ministerstvo předložilo, tyto požadavky nesplňuje. Alarmující je predikce meziročního poklesu úhrad.</p>
2	Zásadní	<p>Příloha č. 3: ČLK požaduje zachování přepočtu regulačního limitu (PURO) podle seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném v hodnoceném období.</p> <p>ČLK nesouhlasí s nahrazováním přepočtu hodnoty PURO zavedením dalších koeficientů ve vazbě na jednotlivé odbornosti.</p>	<p>ČLK dlouhodobě prosazuje minimalizaci rizika dopadu regulací na poskytovatele. Proto ČLK dlouhodobě prosazuje přepočet hodnoty PURO podle aktuálního znění SZV, a to v návaznosti na valorizaci předpokládaných osobních a režijních nákladů na provádění hrazených výkonů v ambulantní sféře podle inflace. Přepočet PURO dle aktuálního SZV je jediným efektivním nástrojem pro správné a transparentní nastavení regulačních limitů, jelikož kromě nárůstu předpokládaných nákladů zohledňuje i produkci a složení výkonů na úrovni každého individuálního poskytovatele. Mechanismus stanovení hodnoty PURO podle úhrady v referenčním období s následným plošně určeným koeficientem navýšení nikdy nemůže vést ke správnému nastavení regulačního limitu na úrovni individuálního poskytovatele tak, aby zohledňoval jako reálný růst nákladů, tak individuální složení vykazovaných výkonů a jejich frekvenci. Korekce hodnoty PURO dalšími hodnotami KN dle modelace prováděné na datech celé smluvní odbornosti vždy povede k vytváření úhradových nerovností a nespravedlností na úrovni individuálních poskytovatelů.</p>

3	Zásadní	<p>Příloha č. 3: ČLK <u>nesouhlasí s hodnotami bodu navrženými v části A přílohy č. 3 návrhu</u></p> <p>ČLK <u>zásadně nesouhlasí s rozdělením odborností do čtyř skupin s rozdílnou hodnotou bodu (část A bod 2 přílohy č. 3 návrhu)</u></p>	<p>Navržené hodnoty bodu se většinou pohybují pod nákladovou hodnotou bodu 1,00 Kč a s ohledem na kalkulaci bodové hodnoty výkonů nezaručují pokrytí účelně vynaložených nákladů.</p> <p>Rozdělení odborností do čtyř skupin s rozdílnou hodnotou bodu s rozpětím 1,00 Kč až 0,94 Kč je zásadně nesprávné, nezohledňuje valorizaci nákladů dle inflace a významně podporuje nerovnost v úhradách, která vede k tomu, že poskytovatelé za stejný výkon obdrží různou cenu, a to i v rámci jedné odbornosti. Nutno zdůraznit, že jednotlivé odbornosti jsou z hlediska finanční náročnosti provozu již diferencovány v rámci kalkulace režijních nákladů, kdy máme aktuálně 8 režijních skupin, z nichž každá má jinou výši minutové režijní sazby. Přepokládané náklady na výkon vyjadřuje bodová hodnota výkonů. Změny v kalkulaci výkonů jsou projednávány v pracovní skupině k SZV a následně, pokud jsou ze strany ministerstva shledány jako oprávněné, vydány v SZV. Každý návrh musí být zdůvodněn. Osobní náklady a režie jsou již pravidelně automaticky valorizovány s ohledem na inflaci. Aktualizaci dalších nákladových položek jednotlivých výkonů, tj. přímý materiál, léčiva nebo přístroje, může navrhnout autorská odbornost, ministerstvo nebo zdravotní pojišťovna. Každý návrh musí být zdůvodněn a projednán. Nic nebrání tomu, aby se bodová hodnota výkonů průběžně aktualizovala s ohledem na skutečné náklady. Děje se tak u řady odborností. Do toho systému již třetím rokem zasahuje ministerstvo, které zvýhodňuje některé odbornosti, a to plošným navýšením hodnoty bodu, kterou budou hrazeny všechny výkony v dané odbornosti bez ohledu na to, zda</p>

			<p>se jedná o klinické vyšetření nebo přístrojový výkon (!) Jedná se o zjevné nastavení nerovných podmínek v úhradách. Argumentace, že se tím má zabránit zvýhodňování odborností, které mají výkony s osobními náklady, je zcela nesrozumitelná. Cílem navýšení osobních nákladů ve výkonech byla náprava nesprávně nastavené kalkulace výkonů, ve které byla cena práce významně podhodnocena. Chyba se napravuje pravidelnou valorizací. Je správné, že bodové ohodnocení a úhrada výkonů, které obsahují cenu práce, rostou, to bylo cílem. Pokud má ministerstvo za to, že některé výkony jsou při výpočtu nákladů podhodnoceny (přístroje, režie), má právo toto změnit návrhem na změnu bodového ohodnocení konkrétního výkonu. Paušální navýšení hodnoty bodu, kterou budou v dané odbornosti hrazeny všechny výkony a všechny body (tedy i ty vyjadřující režii a osobní náklady, které jsou již valorizovány), obchází SZV a jedná se o zřejmou nesystémovost zvýhodňující část poskytovatelů, kterou ČLK opakovaně odmítá.</p>
4	Zásadní	<p>Příloha č. 3: ČLK navrhuje minimální hodnotu bodu pro výpočet přepočtené hodnoty PURO ve výši základní hodnoty bodu stanovené v úhradové vyhlášce pro rok 2023.</p>	<p>Nastavením minimální hodnoty bodu pro výpočet hodnoty PURO na úrovni základní hodnoty bodu v roce 2023 dojde k narovnání regulačních limitů a ke zmírnění nespravedlivého dopadu regulací na poskytovatele.</p>
5	Zásadní	<p>Příloha č. 3: ČLK zásadně nesouhlasí se snižováním bonifikace za rozložení ordinační doby pro navýšení hodnoty bodu.</p>	<p>ČLK nesouhlasí se snižováním bonifikace za rozložení ordinační doby pro ty poskytovatele, kteří nemají alespoň 35 hodin týdně rozložených do 5 pracovních dnů. Argumentace podporou dostupnosti péče je zjevně nepřiléhavá, když zdravotní pojišťovny požadavky na rozšíření ordinačních hodin (navýšení</p>

		<p>ČLK navrhuje ponechání všech bonifikací pro navýšení hodnoty bodu na úrovni hodnot uvedených v úhradové vyhlášce pro rok 2023.</p>	<p>úvazku nositelů výkonů) v drtivé většině případů zamítají. Nově nastavená bonifikace za rozložení ordinační doby v rozsahu alespoň 35 hodin v 5 dnech v týdnu pomůže pouze poskytovatelům, kteří mají již nyní nasmlouvan vyšší počet ordinačních hodin. O podpoře dostupnosti péče v neodstupných regionech, kterou je nová bonifikace obhajována, lze proto vážně pochybovat. Zásadním problémem je, že nová bonifikace je zavedena na úkor snížení bonifikace pro ostatní smluvní poskytovatele, kteří mají rozloženu ordinační dobu 30 hod do 5 dnů v týdnu, resp. 24 hod do 4 dnů v týdnu u operačních oborů.</p>
6	Zásadní	<p>Příloha č. 3:</p> <p>ČLK zásadně nesouhlasí se snižováním koeficientu navýšení PURO (KN) v návaznosti na splnění bonifikačních kritérií v referenčním a hodnoceném období. ČLK zásadně odmítá nastavení záporné hodnoty koeficientu KN u všech bonifikací, kde byl navržen.</p> <p>ČLK navrhuje ponechat stávající systém a hodnoty KN ve vztahu k bonifikacím za celoživotní vzdělávání a rozložení ordinační doby s hodnotami z úhradové vyhlášky pro rok 2023.</p> <p>ČLK souhlasí s rozdělením bonifikace za objednávkový systém a nové pojištěnce do dvou samostatně hodnocených kategorií, a to jak ve vztahu k hodnotě bodu, tak ve vztahu ke koeficientu KN.</p>	<p>Koeficient navýšení (KN) je důležitou pojistkou proti nespravedlivému dopadu regulací. S ohledem na navrženou velmi nízkou hodnotu základního indexu navýšení regulačního limitu z roku 2023 (PURO) je nezbytné zachovat hodnotu KN při splnění jednotlivých bonifikačních kritérií minimálně na úrovni hodnot v roce 2023. Zásadně neakceptovatelné je zavedení záporných hodnot koeficientu KN, který by mohl vést až k téměř nulovému nárůstu PURO (úhrada v roce 2023). Takto restriktivně nastavená regulace v situaci, kdy je finančně podporována primární péče s cílem ponechat v péči ambulantních specialistů pouze léčebně náročné, a tedy i nákladné, pacienty, nese vysoké riziko krácení úhrady, která je již tak nastavena na samé hranici, resp. za hranicemi pro pokrytí vynaložených nákladů. Nelze se ztotožnit ani s argumentací kumulace bonifikací. Ne každý poskytovatel, který splnil nárok na bonifikační navýšení hodnoty PURO v referenčním období, skutečně takto navýšený regulační limit úhradově naplnil. V těchto případech nedochází k přenosu bonifikací na další úhradové období, jelikož PURO je vypočítáváno z reálné úhrady</p>

			<p>v referenčním období, nikoli z hodnoty regulačního limitu vypočteného podle regulačního vzorce. Cílem regulace nesmí být omezování úhrady poskytovatelům v návaznosti na dostupné prostředky bez ohledu na dodržení ústavněprávních principů při stanovení ceny za hrazenou (regulovanou) službu. Úhradový vzorec v navržené podobě nese vysoké riziko protiústavních regulací úhrady.</p>
7	Zásadní	<p>Příloha č. 3: ČLK zásadně nesouhlasí s navrženou výší zálohových plateb v části A bodě 8 přílohy č. 3 návrhu.</p>	<p>V návrhu úhradové vyhlášky je navržena následující výše měsíčních zálohových plateb pro 2025 pro ambulantní specialisty:</p> <p><i>Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny předpokládané úhrady za referenční období. Do výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zahrne změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců.</i></p> <p>Ministerstvo jinými slovy navrhuje, aby výši zálohové platby pro rok 2025 určovala bez dalších závazných pravidel zdravotní pojišťovna. Lze předpokládat, že při ponechání navrženého znění budou zdravotní pojišťovny postupovat tak, že určí pro rok 2025 zálohu ve výši úhrady v roce 2023 (!) K přehodnocení správnosti nastavení výše měsíční zálohové platby jsou v praxi zdravotní pojišťovny ochotny až po uzavření prvního čtvrtletí hodnoceného období, kdy tato data od poskytovatele obdrží v průběhu dubna a k navýšení záloh může dojít nejdříve od května daného roku, resp. reálně často až od června. Návrh s sebou nese reálné riziko přenášení nákladů na průběžné financování provozu při poskytování hrazených služeb na poskytovatele. To je zcela nepřípustné. V důvodové zprávě</p>

			není zdůvodněno, proč je u ambulantních specialistů nastaven jiný způsob určení zálohové platby, nežli u jiných zálohově hrazených segmentů.
8	Zásadní	Příloha č. 2, 3 a 4: ČLK navrhuje vyjmutí lhůty pro doložení diplomu celoživotního vzdělávání.	Povinnost doložit diplom celoživotního vzdělávání do 31.1. daného roku působí v praxi problémy. Pokud poskytovatelé z jakéhokoli důvodu diplom do 31.1. daného roku nedoloží, byť jeho existenci a platnost doloží zdravotní pojišťovně později, odmítají zdravotní pojišťovny s odkazem na stanovenou lhůtu nárok na bonifikaci uznat. Takový postup je v rozporu se smyslem předmětné bonifikace, kdy důvodem bonifikace je, že se lékaři kontinuálně vzdělávají, a nikoli skutečnost, že poskytovatel dodrží lhůtu pro předložení diplomu ČŽV. ČLK navrhuje, aby nebyla uváděna žádná lhůta pro doložení diplomu celoživotního vzdělávání, popřípadě, aby byla stanovena lhůta pro doložení diplomu do 31.3. následujícího roku.
9	Zásadní	Příloha č. 3: ČLK navrhuje hodnotu bodu pro úhradu výkonu 09543 1,70 Kč.	ČLK navrhuje pro ambulantní specialisty stejnou úhradu výkonu 09543, která je stanovena pro segment praktických lékařů a ambulantních gynekologů. Dlouhodobě zavedený významný rozdíl v úhradě tohoto výkonu mezi těmito segmenty není zdůvodněn a vytváří nedůvodnou nerovnost v úhradách.
10	Zásadní	Příloha č. 2, 3 a 4: ČLK nesouhlasí se zrušením bonifikace za elektronický recept.	Ministerstvo zdůvodnilo zrušení bonifikace za elektronický recept dohodou v segmentu gynekologie, kde se na zrušení bonifikace zástupci ambulantních gynekologů dohodli se zdravotními pojišťovnami. S tímto ČLK zásadně nesouhlasí. Náklady spojené s vystavováním elektronického receptu na straně poskytovatelů stále trvají, přičemž současně nedošlo k promítnutí těchto nákladů do režijních nákladů. Bonifikaci je proto třeba zachovat i do budoucna. Dohoda v segmentu

			ambulantních specialistů se zdravotními pojišťovnami není pro ostatní segmenty závazná.
11	zásadní	Příloha č. 2, 3 a 4: ČLK nesouhlasí s navrženými limity pro uplatnění regulačních srážek za léky, zdravotnické prostředky, ZUM/ZULP, vyžádanou péči, pomůcky pro inkontinentní a odbornost 902 a navrhuje nastavení limitů na úrovni 130 % referenčního období.	ČLK požaduje ve všech zastupovaných segmentech, aby limit pro uplatnění regulační srážky za léky, zdravotnické prostředky, vyžádanou péči, ZUM/ZULP, pomůcky pro inkontinentní, resp. náklady na odbornost 902 byl nastaven adekvátně reálným cenám za tyto komodity v hodnoceném období v porovnání s referenčním obdobím tak, aby nedocházelo k nespravedlivému krácení úhrady za výkony v důsledku překročení limitu, který nijak nezohledňuje skutečnou potřebu péče. Zejména limit 110 % pro ambulantní specialisty zdaleka neodpovídá reálnému nárůstu cen na tyto komodity proti roku 2023. Argumentace přesunem preskripce na praktické lékaře není podložena a jedná se pouze o spekulativní předpoklad, a to i s ohledem na problémy s dostupností PL v některých regionech.
12	Zásadní	Příloha č. 4: ČLK navrhuje úpravu hodnoty bodu a proměnných v úhradovém vzorci tak, aby byl zajištěn 15 % meziroční nárůst úhrad.	Viz odůvodnění k bodu 1
13	Zásadní	Příloha č. 4 část A bod 3: ČLK navrhuje vyjmutí bonifikací za prevence z limitu celkové úhrady. ČLK navrhuje snížení limitu pro nárok na bonifikaci za prevence na 40 %.	Bonifikace za preventivní péči je zahrnuta do limitu celkové úhrady vypočtené podle úhradového vzorce, což způsobuje, že řada poskytovatelů na bonifikaci nedosáhne a bonifikace tak ztrácí smysl. ČLK navrhuje, aby limit pro nárok na bonifikaci byl nastaven obdobně jako u praktických lékařů, kde je limit 30 % (VPL), resp. 40 % (PLDD).
14	Zásadní	Příloha č. 5:	Viz odůvodnění k bodu 1

		ČLK navrhuje úpravu hodnoty bodu a proměnných v úhradových vzorcích tak, aby byl zajištěn 15 % meziroční nárůst úhrad.	
--	--	--	--

V Praze dne 20.9.2024

Za Českou lékařskou komoru
MUDr. Milan Kubek
prezident