



Sdružení Ambulantních Specialistů České republiky, o. s.

pokračovatel Spolku pokladenských lékařů, založeného v prosinci 1906

člen E.A.N.A. – Europäische Arbeitsgemeinschaft der Niedergelassenen Ärzte

registrace u MV ČR VSC/1-7553/91-R

Kontaktní adresa: Informační centrum – 190 00 PRAHA 9, U Elektry 82

Tel./fax: 284815504, 266311382 IČO: 48135941 čis. účtu: 280454399/0800

E-mail: sasp@sasp.cz; kontakt@sasp.cz; <http://www.sasp.cz>

Připomínky

Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. (dále také jen SAS),

České lékařské komory (dále také jen ČLK)

a ostatních zástupců ZZ v segmentu AS a části komplementu

k návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2013

v podobě, jak byla k připomínkám zaslána 27.11.2012.

Schváleno na jednání 4.12.2012

Po prostudování návrhu úhradové vyhlášky a jeho příloh č. 3 a 5 zástupci zdravotnických zařízení segmentu ambulantní specializované péče a komplementu vyhlásují, že nesouhlasí:

- 1) s tím, že by u ambulantních specialistů měla zůstat stejná základní hodnota bodu, tj. 1,02 Kč, u odbornosti 901 a psychoterapeutických stacionářů ve výši 1,08 Kč a u odbornosti 809 (RTG) na hodnotě 1,05 Kč.
- 2) s koeficientem 0,98 v úhradovém vzorci,
- 3) s tím, aby do počtu bodů v úhradovém vzorci byly zahrnuty jen ty body, které byly v referenčním období oceněny hodnotou 1,02 Kč,
- 4) s poklesem „malého počtu pojištěnců“ z 50 na pololetí na 50 na celý rok,
- 5) s dalším zpříšňováním limitů ambulantním specialistům u některých regulačních parametrů (léky, zdravotnické prostředky, ZÚM, ZÚLP),
- 6) s tím, že neodkladná péče by měla být hrazena nesmluvnímu ZZ jen ve výši 75% ceny, jež se hradí zařízení smluvnímu,
- 7) s tím, že referenčním obdobím by měl být rok 2011 a ne rok 2012,
- 8) se snížením úhrady hemodialýze,
- 9) s vlastně paušálním snížením hodnot bodu u velké části komplementu.

Zdůvodnění:

Ad 1), 2), 3) a 7)

Hodnota bodu u ambulantních specialistů dlouhodobě stagnuje na hodnotě 1,02 Kč, a to přesto, že již došlo několikrát k navýšení DPH a i v rámci inflace dochází neustále ke zvyšování nákladů na provoz zdravotnických zařízení. To se dotýká prakticky všech ordinací ambulantních specialistů nárůstem jejich nákladů až o desítky tisíc Kč ročně.

Kombinací toho, že do úhradového vzorce budou započítány jen některé body z referenčního období a že vše bude vynásobeno koeficientem 0,98 znamená, že MZ požaduje po AS, aby za stejnou práci, jako v roce 2011, tržili o 2% méně peněz.

Tzv. nákladová rentabilita je u ZZ ambulantních specialistů již dnes kriticky nízká. Dojde-li k dalšímu poklesu úhrad, bude to znamenat reálné ohrožení ambulantní specializované péče v ČR s následným navýšením počtu hospitalizovaných, což bude mít za následek celkové prodražení zdravotní péče v ČR.

Dle vyjádření vedení MZ je současný odhad příjmů zdravotního pojištění v roce 2013 jen o cca 1 a až 1,5 mld. Kč nižší, než pro rok 2012. T.j. pokles jen asi 0,5%, přičemž probíhá restrukturalizace lůžkové péče, která má řadu finančních prostředků prý ušetřit.

Z toho plyne, že k omezování financí pro ambulantní zdravotnická zařízení není žádný objektivní finanční důvod.

Za nepodkročitelnou hodnotu bodu pro rok 2013 považujeme u ambulantních specialistů 1,05 Kč se zahrnutím všech bodů z referenčního období do úhradového vzorce bez jakéhokoli snížení jakýmkoli koeficientem.

Stejně tak považujeme za nepřijatelné prolongovat platnost snížené hodnoty bodu u odbornosti 809. Žádáme její navýšení zpět na 1,10 Kč.

U odbornosti 901 a psychoterapeutických stacionářů žádáme navýšení hodnoty bodu na minimálně 1,11 Kč.

Ad 4)

Snížení tzv. malého počtu pojištěnců vlastně na polovinu, znamená snížení na úroveň, v níž prakticky žádné zdravotnické zařízení nebude schopno uhlídat výkyvy k nákladům v případě, pokud se bude muset v roce 2013 začít starat o nákladnější, tj. opravdu těžce nemocné pacienty. Jde o další mechanismus, který bude znamenat jen zhoršení finanční situace ambulantních specialistů, která takto péči o těžké pacienty bude muset zadotovat z plateb od ostatních zdravotních pojišťoven.

Za minimální hodnotu „malého počtu pojištěnců“ považujeme 100 za rok.

Ad 5)

Limit 50% u některých položek regulací znamená reálně přitvrzení těchto mantinelů o 10% proti roku 2012. Přičemž už pro rok 2012 byly regulace přitvrzeny (limit pro jejich uplatnění byl snížen z 110 na 100%).

Reálná potřeba léků i v době „měkčích“ regulačních limitů v letech 2009 a 2010 by při důsledném matematickém uplatnění znamenala, že by bylo regulační srážky nuceno zaplatit u některých zdravotních pojišťoven až 70% (za rok 2009), resp. 50% (za rok 2010) ambulantních specialistů. Jistě musí každý uznat, že o takto velkém množství ambulancí nelze zodpovědně říci, že by snad léčily špatně či neekonomicky.

Neustálé přitvrzování limitů není jen silným stresujícím faktorem pro lékaře. Je i rizikem pro pacienta, že nebude adekvátně jeho stavu léčen, protože doktor bude nucen na výdajích za léky, zdravotnické prostředky, ZÚM a ZÚLP, ale i indukovanou péči šetřit ještě více, než musel dosud.

Z výpočtů samotných zdravotních pojišťoven plyne, že v letech 2005 až 2011 nedocházelo k prakticky žádnému navýšení výdajů na léky předepisovaných na recept.

O těchto skutečnostech budeme pacienty otevřeně informovat.

Žádáme zrealizování regulačních mantinelů na úroveň, v níž budou zdravotní pojišťovny o regulacích jednat s max. 5% zdravotnických zařízení, tj. na úroveň v níž půjde opravdu o snahu odstranit nežádoucí úniky financí ze systému, nikoli o tlak na to, aby zdravotnická zařízení ze svého zaplatila nárůsty DPH.

Ad 6)

Každý lékař je ze zákona povinen poskytnout pacientovi neodkladnou péči. Není nikterak zdůvodnitelné, aby za stejnou práci lékaře byla různá úhrada jen podle toho, u které pojišťovny je pacient pojištěn. Návrh na snížení ceny práce jen při nesmluvním vztahu ZZ se ZP se jeví jako účelový z důvodu úspory prostředků těch pojišťoven, které nemají dostatečné pokrytí smluvních ZZ po území celé republiky.

Za jediné správné řešení považujeme, aby hodnota bodu pro nesmluvní ZZ byla stejná nebo se hodně blížila hodnotě bodu ZZ smluvních.

Ad 7)

Neustálé vracení referenčního období o dva roky zpět je jednou ze základních příčin značného zkomplikování vyjednávání o regulacích mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami, neboť kvůli němu je třeba věci i dříve již vyjednané (např. před půl rokem) projednávat opakovaně. Uzná-li např. ZP, že ZZ nemohlo při své práci postupovat levněji v roce 2011, neznamená to automatickou úlevu i pro rok 2012, protože

pro každé z těchto období platí jiná referenční data. Jde o komplikaci, která v dobách, kdy referenčním obdobím byla pololetí předchozích let, neexistovala.

Jediným logickým řešením je vrátit se k dříve obvyklé praxi, tj. aby referenčním obdobím pro rok 2013 byl rok 2012.

Ad 8)

Viz rozbor asociace dialyzačních středisek na samostatném papíře.

Ad 9)

Z informací zástupců dotčených odborností máme zprávy, že plánované ponížení hodnot bodu zvláště v oborech 807, 816, 817 a 823 (zde z původních 0,67 Kč nově na 0,40Kč) je zcela jednoznačně pro dotčená zdravotnická zařízení likvidační.

Vyzýváme vedení MZ, ani touto cestou nelikvidovalo ekonomicky zdravotnická zařízení dotčených odborností.

Zástupci segmentu AS i komplementu po prostudování legislativních norem, které mají ovlivnit financování zdravotnictví v roce 2013, dospěli k názoru, že jsou-li tyto normy součástí transformace zdravotnického systému v ČR, pak tento směřuje k centralizaci zdravotní péče do velkých "nemocnic s poliklinikami", tedy k znovuoobnovení ústavů národního zdraví na bázi velkých podnikatelských korporací, popřípadě velkých neziskových organizací".

Závěr:

Žádáme MZ, aby v segmentech ambulantní specializované péče a komplementu přiměřeně navýšilo hodnotu bodu a zrealizovalo podobu úhradového vzorce a regulační mantinely natolik, aby zdravotnická zařízení poskytující tyto typy péče nebyly existenčně ohrožovány a aby nedocházelo ke zbytečnému omezování ambulantní péče s jejím následným nežádoucím prodražením v důsledku nárůstu počtu hospitalizovaných.

Zároveň vzhledem k tomu, že úhrada v roce 2013 má být počítána nikoli po pololetích, ale za celý rok, žádáme MZ, aby hlavně na VZP důsledně vymohlo dodržení lhůty pro konečné vyúčtování, tj. 120 dnů od konce roku 2013. Aby se již neopakovala letošní zkušenost, kdy jsme vyúčtování za rok 2011 od této ZP začali dostávat až na konci října 2012.

Za Radu Sdružení ambulantních specialistů ČR, o.s. a segment ambulantní specialisované péče

MUDr. Zorjan Jojko, předseda a koordinátor segmentu AS.