

Současný stav bodového ohodnocení sonografických vyšetření v ČR je založen na těchto faktech (viz KALKULAČNÍ VZOREC PRO VÝPOČET BODOVÉ HODNOTY, příloha č.1):

- a) Základním parametrem, od kterého se odvíjí bodové ohodnocení vyšetření, je cena UZ přístroje. Od této hodnoty se odvíjí i predikované náklady na jeho údržbu. Celkově tyto dvě částky tvoří náklady na pořízení a provoz vlastního přístroje.
- b) Doba životnosti přístroje, délka jednoho vyšetření a stanovená doba denního využití přístroje poté definují počty vyšetření, které je daným UZ přístrojem po jeho pořízení provedeno.
- c) Vydělením celkových nákladů na pořízení a provoz počtem vyšetření poté obdržíme bodové ohodnocení jednoho konkrétního UZ vyšetření k pokrytí nákladů na pořízení a údržbu přístroje.
- d) V rámci jednotlivých zdravotních výkonů (dle Seznamu zdravotních výkonů, <https://szv.mzcr.cz/Vykon>) je pak k nákladům na pořízení a provoz přístroje definována úhrada za materiál spojený s daným výkonem a úhrada mzdových nákladů nositele výkonu (u UZ vyšetření téměř výlučně lékaři L3, minimálně pak L2).
- e) Na závěr je provedena korekce přičtením režijních nákladů (nákladů na provoz ZZ). Režijní náklady jsou definovány jako „společné náklady konkrétního podniku, které nelze vyjádřit jako jednicové, to jest přiřadit jednotlivým výrobkům či službám „. Vzhledem k absenci bodového ohodnocení platu NLZP v jednotlivých listech zdravotních výkonů jsou tyto zřejmě také zahrnuty do této položky.

V přílohách č.2 (Výpočet ceny přístroje a ceny vyšetření) a č.3 (Seznam UZ výkonů v ČR) představujeme analýzu současných zdravotních výkonů týkajících se UZ vyšetření napříč lékařskými odbornostmi v ČR.

Z uvedené analýzy vyplývá:

1. **Značný rozptyl Cen přístroje** (900 000 – 8 000 000), dle našeho názoru, neodráží aktuální situaci na trhu s přístroji. Cena přístroje je základním parametrem, od kterého se odvíjí bodové ohodnocení vyšetření a je proto žádoucí pravidelná revize cen na trhu s UZ přístroji dle srovnání s potřebným vybavením pro konkrétní sonografické vyšetřovací techniky. Zajímavé je i srovnání cenových nákladů na hodinu provozu jednoho přístroje provádějícího konkrétní vyšetření, které se pohybují v rozsahu od 109,38 Kč/h do hodnoty 1102,43 Kč/h. Nemůžeme souhlasit, že daný rozptyl je dán jen nutností vyšší výbavy přístroje pro dražší vyšetření. Dnešní rozdíl v kvalitě a cenách přístrojů neodpovídá rozptylu v aktuálním bodovém ohodnocení. Nemůžeme tedy souhlasit s některými (hlavně těmi nejvyššími) kalkulacemi cen přístrojů.
2. **Značný rozptyl ve stanovení Nákladů na údržbu přístroje** (rozptyl od 0.13% do 1.4 % z ceny přístroje). Stejně jako předchozí hodnota ovlivňuje výsledné bodové ohodnocení.
3. **Rozptyl v Době životnosti přístrojů** – od 4 do 10 let. Prosíme o zdůvodnění tohoto rozptylu. Opět hodnota významně ovlivňuje hodnotu bodového ohodnocení jednoho konkrétního vyšetření. Proč je například životnost většiny echokardiografických přístrojů stanovena na 4 roky? V čem je jiná než v jiných oborech a naopak u jiných přístrojů je kalkulována životnost 10 let? V tomto případě musíme trvat na tom, že životnost přístrojů by měla být stanovena jednotně. V případě přesahu odhadu 5 let je poté třeba kalkulovat další náklady, např. náklady na renovaci sond (drahá položka), u kterých je po překročení doby životnosti 5 let prokazatelně nižší kvalita zobrazení.
4. Proč se **Stanovená doba použití** neřídí vždy dle výše zmíněného dokumentu MZ (KALKULAČNÍ VZOREC PRO VÝPOČET BODOVÉ HODNOTY) a není jasně dodrženo dělení na hodiny/den dle ceny přístrojů (do 1, 1-5 a nad 5 milionu Kč)? Na první pohled náhodné vybočení z tohoto pravidla pak opět zvýhodňuje některá vyšetření před jinými (při stejných nákladech na pořízení

a provoz přístrojů). Z uvedeného nastavení pak vyplývají nesmyslné kalkulace – např. je počítáno, že výkon 17314 bude proveden po dobu 23040 hodin životnosti přístroje (jde přitom o zcela specifický a relativně raritní výkon) oproti běžným vyšetřením, kde je s přístrojem „počítáno“, na necelých 5000 hodin provozu.

5. **Režijní náklady** v přepočtu na hodinu vyšetření se pohybují na hodnotě průměru 206,52 Kč. Vzhledem k tomu, že v této částce je i mzda pro NLZP, nesouhlasí tato hodnota s hodinovou cenou práce NLZP (sestry) – dle výše zmíněného dokumentu MZ (příloha č.4) je cena 1,32Kč/min (tedy cca 80 Kč/h). V ambulantním sektoru by však za tuto mzdu žádná sestra nepracovala a spíše průměrná režijní hodnota (206,52 Kč) je realitou (ovšem stále jen hrubá mzda a ne superhrubá mzda, která je skutečným nákladem zaměstnavatele). Kde je poté prostor na další režijní náklady (provoz ordinace, elektřina pro UZ přístroj, hygienické potřeby, vybavení vyšetřovny,)? Stejně tak kalkulace hodinové práce lékaře (v případě lékaře L3 512 Kč) neodpovídá dokumentu MZ (Tisková zpráva MZ ze dne 6. května 2019, příloha č.5) prezentujícímu aktuální stav odměňování zdravotnických pracovníků. Zde je uváděna průměrná odměna nemocničního lékaře celorepublikově 77 944 Kč, což odpovídá hodinově 622 Kč superhrubé mzdy jako nákladu pro zaměstnavatele. Zde nutno podotknout, že se jedná o průměrnou hodnotu, sonografická vyšetření však směřjí vykazovat ve valné většině pouze lékaři specialisté, jejich průměrné ohodnocení tedy bude ještě vyšší. Práce sestry je dle tohoto dokumentu odměňována v průměru 38 500 Kč, tedy 307 Kč superhrubé mzdy jako nákladu zaměstnavatele. Výchozí kalkulace úhrad nositelů výkonů tedy jednoznačně neodpovídají realitě deklarované MZ.
6. Další nepoměr vidíme u některých vyšetření, kdy definovaná **doba trvání vyšetření** je nereálná. Například u výkonů 09135 a 09137 z hodnot a popisu vyšetření vyplývá, že na jeden vyšetřovaný orgán připadá 5 minut vyšetřování, zbytek času vyšetření je věnován veškeré ostatní činnosti od počátku do ukončení výkonu. U jiných vyšetření se neshoduje doba trvání výkonu a doba započtena jako práce lékaře (např. 89525 nebo 25128), což je dáno zřejmě podílem výlučné práce sestry během daného výkonu. Její ohodnocení však v bodovém ohodnocení výkonu postrádáme. Postrádáme v rámci popisu výkonů zmínku o nutnosti nebo nadbytečnosti přítomnosti NLZP (jedné nebo více osob) během vyšetření. Pokud je takováto přítomnost žádoucí nebo nutná, poté postrádáme její bodové ohodnocení (podklad pro kalkulaci této hodnoty MZ k dispozici má, viz příloha č.1).
7. Nepoměr vytváří i občasné **zařazení odbornosti L2 jako nositele výkonu**, což vede k výrazně nižšímu bodovému ohodnocení vyšetření. Povšimněte si prosím echokardiografické části vyšetření, která mohou dle sazebníku provádět pouze atestovaní lékaři (a takto potom i vykazovat). Říkáte tedy, že se s echokardiografickým vyšetřením prováděným lékařem L2 v praxi nesetkáme? Naopak vyšetření horní a dolní poloviny břicha (výkony 89513 a 89514) může provést lékař L2. Když jej však provede lékař specialista (L3), proč toto pak není bodově zohledněno? A pokud lékař L2 během vyšetření musí použít Dopplerovské vyšetření, přenechá toto vyšetření svému kolegovi L3, protože sám toto vykazovat nemůže? Chceme, aby naše břicho vyšetřovali pouze neatestovaní radiologové nebo diskriminujeme pracoviště, kde vyšetření provede atestovaný lékař? Pro každý výkon by měl existovat i kód při vyšetření lékařem L3, pokud je současně odborně přípustné vyšetření i lékařem L2. Vidíme jako žádoucí nutnost sjednocení pravidel mezi všemi obory.

Výše uvedené **nerovnoměrné bodové ohodnocení vede k diskriminaci** oborů medicíny, ve kterých se stalo ultrazvukové vyšetření denní praxí a mělo by být součástí postupů lege artis – tedy tím, co by mělo být pro MZ prioritou. Spousta těchto oborů bohužel nemá své vlastní výkony v tomto Seznamu

zdravotních výkonů a proto je odkázána na poslední kódy v našem seznamu (označeny jako odbornost 999, nespecifikováno). Dovolujeme si upozornit, že mezi tyto obory se řadí mimo jiné revmatologie, ortopedie, traumatologie, oční lékařství, rehabilitační lékařství, pneumologie a ftizeologie, neurologie (např. pro vyšetření periferních nervů či svalů), endokrinologie a ORL (vyšetření bez punkce), dermatologie, hematologie a další. Jedná se ve velké většině o ambulantní lékaře. Výkony 09135, 09137 a 09139 jsou vázány na nositele lékaře L3 a provedení SAOD (specializované pracoviště ambulantně). Jedná se tedy o vyšetření **prováděné specialistou příslušného oboru**, srovnatelné s vyšetřením ambulantním gynekologem či kardiologem. Zdůrazňujeme, že se jedná o vyšetření prováděné dle Seznamu zdravotních výkonů ambulantně na specializovaném pracovišti – tedy nutně specialistou (a tedy L3). **Aktuální cenové ohodnocení je však v rozporu s tímto tvrzením** - aktuálně jsou výkony vázány na nositele L2 a bodové ohodnocení je tímto výrazně nižší!! Protože jsou UZ aplikace v těchto oborech novější, nemají ještě své vlastní kódy v Seznamu zdravotních výkonů. Neznamená to však, že jsou nějakým způsobem méněcenné a že tito odborníci nepotřebují ke své kvalitní práci kvalitní přístroj (tedy neplatí úplně, že ambulantní lékaři stačí levnější přístroj a naopak nemocniční lékař potřebuje nutně high-end přístroj). Nastavené bodové ohodnocení je však v tuto chvíli zcela diskriminující (např. oproti bodovému ohodnocení ambulantních angiologických, kardiologických či gynekologických UZ vyšetření).

Výše uvedená fakta nás vedou k úvaze, že pokud mají být tato vyšetření prováděna, bude muset ošetřující lékař vyžadovat přímou platbu od pacienta. Vyžádali jsme si proto právní analýzu této legitimní varianty řešení:

„Podmínky úhrady zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění jsou stanoveny v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Konkrétně se jedná o § 13 tohoto zákona, který stanoví následující:

§ 13

Hrazené služby

(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud

a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,

b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,

c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.

Poskytovatel, který má výkon tzv. nasmlouvaný se zdravotní pojišťovnou, nemůže od pacienta žádat žádnou úhradu či doplatek, jelikož v takovém případě se jedná o hrazenou zdravotní službu a pacient za tuto službu neplatí.

Sonografická vyšetření tedy spadají z valné většiny dle výkladu zákona do *hrazených služeb*. Proto má v současném systému lékař tyto možnosti, jak praktikovat svou praxi včetně sonografie lege artis a současně nebýt na této metodě ztrátový:

1) **Úprava spektra sjednaných výkonů a přímá úhrada nenasmouvaného výkonu pacientem** - v současném systému je jediný způsob úhrady, který zohledňuje skutečné náklady poskytovatele, včetně např. mzdového ohodnocení erudovaného odborníka – kalkulace tzv. věcně usměrněné ceny

viz cenový předpis MZ. Úhrada ze strany zdravotní pojišťovny je v současném systému nepředvídatelná, nemá přímou vazbu na skutečné náklady, přičemž její výše se odvíjí od spektra poskytnuté péče a výše úhrady v referenčním období (regulace prostřednictvím PURO).

2) **Úprava registračních listů k výkonům**, resp. úprava kalkulace přímých a případně i nepřímých nákladů (minutová režie) je nezbytným krokem k nápravě nedostatečných úhrad. Bodové ohodnocení výkonu odráží předpokládané náklady na výkon. Změna vyhlášky č. 134/1998 Sb. je nezbytným krokem. Jedná se sice o dlouhodobější cestu, nicméně nezbytnou k dosažení dostatečné úhrady výkonu, jelikož teprve správné bodové ohodnocení výkonu může být podkladem k vyjednávání o úhradě. Dalším krokem je stanovení výše úhrady, tj. hodnota bodu, se kterou budou výkony v daném roce hrazeny, a snaha o eliminaci regulací, které snižují úhradu pod stanovenou hodnotu bodu. Tyto úhradové podmínky jsou dojednávány každý rok v rámci dohodovacího řízení. „

ČSUM

www.csum.cz

30.11.2019