

## O d ů v o d n ě n í

Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) zpracovalo návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 na základě zmocnění obsaženého v § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“). Podle tohoto ustanovení vydává ministerstvo každoročně vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok. Návrh této vyhlášky vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven, a dále příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení (dále jen „dohodovací řízení“).

Obsah uvedené vyhlášky je ovlivněn skutečností, zda v příslušném dohodovacím řízení dojde či nedojde mezi jeho účastníky k dohodě o parametrech úhradových mechanismů na následující kalendářní rok. V případě dohody (za předpokladu jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) ji ministerstvo zpracuje do návrhu vyhlášky, v případě nedohody pak hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení stanoví samo. Rozhodujícím faktorem při stanovení úhradových parametrů je odpovědnost ministerstva za respektování veřejného zájmu na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění tak, jak je tento zájem definován v ustanovení § 17 odst. 3 zákona.

Dohodovací řízení k úhradám na rok 2011 probíhalo v období od 15. 4. 2010 do 21. 9. 2010. V zákonem stanoveném termínu bylo dosaženo dohody v segmentech zubních lékařů, gynekologů, poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, dopravní zdravotní služby a lékařské služby první pomoci, lánů a ozdraven. V segmentu ambulantních specialistů bylo dosaženo parciální dohody v některých odbornostech (hemodialýza, klinická psychologie, psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, návykové nemoci, sexuologie, klinická psychologie, psychoterapie, klinická logopedie, ortoptista) a u vybraných výkonů odborností radiační onkologie, oftalmologie a gastroenterologie. Dále bylo dosaženo parciální dohody v segmentu laboratorní a radiodiagnostické péče. V ostatních segmentech zdravotní

péče (akutní lůžková péče, následná lůžková péče, praktičtí lékaři, ambulantní specializovaná péče – s výjimkou výše uvedených odborností, domácí zdravotní péče a fyzioterapie) účastníci dohodovacího řízení k dohodě nedospěli.

Ministerstvo připravilo návrh vyhlášky tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2011, kde je pro příští rok očekáván deficit. S ohledem na výši předpokládaného deficitu (cca 10 – 15 mld. Kč) bylo ministerstvo ve veřejném zájmu nuceno snížit, oproti úpravě platné v r. 2010, nejen hodnoty bodu a výši úhrad, ale i zpřísnit parametry regulačních omezení prakticky ve všech segmentech poskytovatelů zdravotní péče, včetně segmentů, u nichž v rámci dohodovacího řízení došlo k dohodě. Jako porovnávací období pro výpočet výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v roce 2011 ministerstvo stanovuje rok 2009. Důvodem pro stanovení tohoto porovnávacího období je jednak fakt, že výše úhrad za toto období, včetně vyúčtování, je v době přípravy vyhlášky již známa, dále vychází ministerstvo z nulového nastavení výše úhrad (vyhláškou č. 472/2009 Sb.) pro rok 2010 oproti roku 2009 s tím, že pro rok 2011 je nutno výši úhrad alespoň částečně snížit. Úsporu z návrhem vyhlášky stanovené výše úhrad lze očekávat ve výši cca 6 mld. Kč. V této souvislosti ministerstvo vychází z předpokladu, že výše uvedený deficit bude pokryt převážně z finančních prostředků na zůstatcích základních fondů zdravotních pojišťoven.

V oblasti akutní lůžkové péče připravený návrh vyhlášky stanovuje paušální úhradu ve výši 95 % celkové úhrady v porovnávacím (referenčním) období, přičemž podmínkou nastavené výše úhrady za hospitalizační péči je 98 % referenčního počtu hospitalizací, 100 % referenčního počtu hospitalizací přepočteného indexy, v ambulantní péči potom 98 % referenčního počtu bodů a počtu unikátních ošetřených pojištěnců. Při nenaplnění stanovených podmínek se úhrada krátí. Zdravotnické zařízení se může se zdravotní pojišťovnou dohodnout na vícesložkovém způsobu úhrady. Zdravotní pojišťovny i v roce 2011 zohlední případnou změnu objemu mimořádně nákladné zdravotní péče.

Následná zdravotní péče (odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská lůžka) bude v roce 2011 hrazena obdobně jako v minulých letech, a to paušální sazbou za jeden den hospitalizace ve výši 90 %, resp. 95 % v psychiatrických léčebnách, této sazby v referenčním období. Ambulantní péče v těchto zařízeních a zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních hospicového typu se v roce 2011 bude hradit stejně jako v roce 2010; pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních

osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů, se snižuje limit pro úhradu degresní hodnotou bodu na 100 %.

Pro akutní i následnou lůžkovou péči návrh vyhlášky dále umožňuje navýšit úhradu v souvislosti se zvýšením kvality ošetrovatelské péče těm zařízením ústavní péče, která překračují požadavky na personální, věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení stanovené vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění. Limit regulačních omezení na léky a zdravotnické prostředky se snižuje na 98 % odpovídající hodnoty referenčního období.

V segmentu zdravotní péče poskytované praktickými lékaři se oproti roku 2010 snižuje základní kapitační sazba o 1 Kč, hodnota bodu u dopravy v návštěvní službě a sjednocují se parametry pro uplatnění regulací na léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči se segmentem ambulantní specializované péče (limit 100 %, srážka až 40 % z překročení).

V oblasti ambulantní specializované péče se u vybraných odborností a výkonů zachovávají parametry dohodnuté v rámci dohodovacího řízení (vyjma vybraných výkonů radiační onkologie a regulačního limitu na léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči), u ostatních odborností se oproti roku 2010 snižuje hodnota bodu a sjednocují regulační omezení (limit 100 %, srážka až 40 % z překročení).

Pro ambulantní gynekologickou péči se zachovávají parametry dohodnuté v rámci dohodovacího řízení.

Dohoda dosažená v dohodovacím řízení v segmentu ambulantní stomatologické péče byla ministerstvem z větší části respektována, s výjimkou výše úhrady u 6 výkonů a doplnění ustanovení o možnosti omezení úhrady ve vazbě na zdravotně pojistný plán.

V segmentu laboratorní a radiodiagnostické péče se snižují některé hodnoty oproti dohodě v rámci dohodovacího řízení (sjednocuje se hodnota bodu u screeningových výkonů, snižuje se hodnota bodu u odbornosti radiodiagnostika a nezvyšuje se degresní hodnota bodu).

Pro domácí zdravotní péči se snižuje hodnota bodu u dopravy v návštěvní službě a snižuje parametr počtu unikátních ošetřených pojištěnců, kdy se neuplatňuje limit a degresní hodnota bodu (tento parametr se snižuje pro všechny dotčené segmenty). Stejně parametry jsou nastaveny pro odbornost fyzioterapie.

Výše úhrady pro zdravotnickou záchrannou službu a lékařskou službu první pomoci zachovává parametry dohodnuté v rámci dohodovacího řízení; u dopravy se nad rámec

dohody z dohodovacího řízení snižuje hodnota bodu (pouze pro zdravotnická zařízení neposkytující nepřetržitý provoz), dále degresní hodnota bodu a počet unikátních ošetřených pojištěnců pro výjimku z uplatnění limitu a degresní hodnoty bodu.

U lázeňské zdravotní péče se oproti dohodnutým hodnotám snižuje výše úhrady za jeden den pobytu, a to u komplexní lázeňské péče a péče v ozdravovnách.

Výše úhrady neodkladné zdravotní péče poskytované v nesmluvních zdravotnických zařízeních zůstává pro rok 2011 oproti roku 2010 beze změny.

## A. ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA Z HODNOCENÍ DOPADŮ REGULACE PODLE OBECNÝCH ZÁSAD

### 1. Důvod předložení

#### Název:

Vyhláška, kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011

#### Identifikace problémů, cílů, kterých má být dosaženo, rizik spojených s nečinností:

Cílem navržené úpravy je stanovit hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení na rok 2011 zákonem předepsanou formou, tj. vyhláškou. Nečinnost ministerstva nepřipadá v tomto případě v úvahu, neboť by šlo o porušení zákona. Dikce § 17 odst. 6 zákona stanoví právní rámec věcného řešení úhrad zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění a příslušná regulace vztahů s touto oblastí spojených je tedy tímto ustanovením vyjádřena. Každoročním vydáním příslušné vyhlášky nedochází ke změnám dané regulace, ale k jejímu naplnění, neboť se vždy jedná o výsledek dohodovacího řízení, posouzený z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a na jeho základě o stanovení parametrů pro úhradu zdravotní péče z limitovaného objemu finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění.

### 2. Návrh variant řešení

#### I. varianta:

Nulová varianta – vyhláška nebude vydána

Nulová varianta by znamenala, že by nebyly na rok 2011 stanoveny hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení a úhrada zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění by nemohla být objektivizována, posouzena z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a stanovena zákonem předepsanou formou. Došlo by k porušení ustanovení § 17 odst. 6 zákona, podle kterého je ministerstvo příslušnou vyhláškou povinno vydat. Parametry úhrad zdravotní péče by současně nebyly nastaveny tak, aby reagovaly na předpokládaný deficit systému veřejného zdravotního pojištění a nedošlo by tedy ve veřejném zájmu ke snížení hodnoty bodu a výše úhrad, ani ke zpřísnění parametrů regulačních omezení oproti porovnávacímu období. To by v konečném důsledku vedlo k nárůstu nákladů na úhradu zdravotní péče, který by přesáhl možnosti systému veřejného zdravotního pojištění a vedl k jeho destabilizaci.

## II. varianta:

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 bude vydána.

## Dotčené subjekty

Účastníci systému veřejného zdravotního pojištění tj. zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení, pojištěnci a další osoby, kterým je poskytována zdravotní péče.

## 3. Vyhodnocení nákladů a přínosů

### Náklady:

V rámci systému veřejného zdravotního pojištění dochází k úhradě zdravotní péče z omezených zdrojů, kterými systém disponuje. Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení jsou v kalendářním roce stanoveny příslušnou vyhláškou, nedohodnou-li se o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny odlišně. Návrh vyhlášky je připraven tak, aby nastavené parametry úhrad respektovaly předpokládané finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2011, kde je pro příští rok očekáván deficit. Jako porovnávací období pro výpočet výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění je stanoven rok 2009, a to z důvodu, že výše úhrad za toto období, včetně vyúčtování, je v době přípravy vyhlášky již známa. Výše úhrad pro rok 2010 byla vyhláškou č. 471/2009 Sb. nastavena na nulový nárůst

oproti roku 2009, v roce 2011 je nutno výši úhrad oproti roku 2009 ještě snížit. Realizace návrhu nebude mít hospodářský ani finanční dopad na státní rozpočet, na ostatní veřejné rozpočty, ani žádné sociální dopady a dopady na životní prostředí. Předpokládaná úspora vyplývající z aplikace příslušné vyhlášky bude mít finanční dopad na zdravotnická zařízení ve výši cca 6 mld. Kč oproti roku 2009, přičemž tento dopad bude současně částečně kompenzován zvýšením příjmů zdravotnických zařízení z navrhovaného navýšení regulačních poplatků v ústavní péči. Uvedená částka představuje cca 2,5 % z očekávaných nákladů na zdravotní péči v roce 2010. S přihlédnutím k neobvykle vysokému meziročnímu nárůstu nákladů na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění (celkově více než 10 %) v roce 2009, které je porovnávacím obdobím pro stanovení objemu úhrad v roce 2011, a dále k výše uvedené částečné kompenzaci, není nutno dopad na zdravotnická zařízení v roce 2011 ještě považovat za dramatický.

#### Přínosy:

Přínosy navrhované právní úpravy spočívají v prosazení veřejného zájmu, kterým je zejména respektování reálných možností systému při financování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

#### Konzultace

Konzultace byly realizovány v rámci dohodovacího řízení podle § 17 odst. 6 zákona mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Z jednání tohoto dohodovacího řízení vplynuly představy jednotlivých segmentů poskytovatelů zdravotní péče a zdravotních pojišťoven o řešení dané problematiky, které ministerstvo posoudilo z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a navrhlo řešení.

#### 4. Návrh řešení

##### Zhodnocení variant a výběr nejvhodnějšího řešení

Cílem úpravy je stanovit hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011. K tomuto cíli může vést pouze varianta II.

Kontakty a prohlášení schválení hodnocení dopadů

Osoba, která zpracovala závěrečnou zprávu RIA:

JUDr. Josef Kunc

Ministerstvo zdravotnictví

Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním: +420224972474,

e-mail: [josef.kunc@mzcr.cz](mailto:josef.kunc@mzcr.cz)

Osoba, která zprávu schválila:

Ing. Ivana Jenšovská

Ministerstvo zdravotnictví

Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním/ředitelka odboru, tel: + 420 224 972 548

e-mail: [ivana.jensovska@mzcr.cz](mailto:ivana.jensovska@mzcr.cz)

**B. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY SE ZÁKONEM, K JEHOŽ PROVEDENÍ JE NAVRŽENA, VČETNĚ SOULADU SE ZÁKONNÝM ZMOCNĚNÍM K JEJÍMU VYDÁNÍ**

Navrhovaná právní úprava je v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, k jehož provedení je navržena, a se zákonným zmocněním k jejímu vydání (§ 17, odst. 6).

**C. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY S ÚSTAVNÍM POŘÁDKEM ČR**

Předkládaný návrh vyhlášky je plně v souladu s ústavním pořádkem ČR.

**D. ZHODNOCENÍ SOULADU NAVRHOVANÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY S MEZINÁRODNÍMI SMLOUVAMI A S PRÁVEM EU**

Návrhem vyhlášky není do právního řádu České republiky implementováno právo Evropské unie a návrh není s právem Evropské unie v rozporu. Návrh není v rozporu s mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána. Upravovaná problematika je plně v kompetenci členských států Evropské unie.