

19. 5. 2020 Praha Ústředí VZP – Dohodovací řízení o úhradách pro segment ambulantní gynekologie pro rok 2021

Za SSG ČR přítomen V. Dvořák

Osobně byli na jednání pouze zástupci VZP, zástupkyně Svazu zdravotních pojišťoven a koordinátor segmentu - předseda SSG ČR. Ostatní se účastnili přes Webex. Vzhledem ke složité ekonomické situaci a nejistým vyhlídkám do budoucna vzniknul text dohody, který se jevil plátcům i předsedovi SSG ČR a OSGCH jako přijatelný kompromis. Prezident ČLK následně v e-mailu rozeslaném některým členům ČLK postup předsedy SSG ČR kritizoval. Záznam jednání, text dohody i reakci V. Dvořáka na e-mail dr. Kubka zveřejňujeme.



scan.pdf

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, SSG ČR a OSGCH na úhradu hrazených služeb ve skupině poskytovatelů gynekologických služeb pro rok 2021

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2021 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2021, poskytovatelem vykázané do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2022.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2019 – do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

- Hrazené služby poskytované v zařízeních specializované ambulantní zdravotní péče **odbornosti 603 a 604** – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021 pojištěncům zdravotní pojišťovny budou hrazeny výkonově dle platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále „seznam výkonů“), s **hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč**.
- Hodnota bodu uvedená v odst. 1 se za každou splněnou podmínku dále navýší:
 - o 0,01 Kč**, pokud bude zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2021 doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období,
 - o 0,01 Kč**, pokud poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinace hodiny prodloužené do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinace doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin. Ordinačními hodinami se rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, přičemž se jedná o dobu, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, resp. se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie dětí a dospívajících.

- c) **o 0,01 Kč**, pokud poskytovatel doloží příslušné zdravotní pojišťovně do 31. 12. 2021 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období.
- d) **o 0,01 Kč**, pokud poskytovatel doloží certifikát ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
3. V případě, že poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 dle seznamu výkonů alespoň u 50 % svých registrovaných pojištěnců dané zdravotní pojišťovny (stav k 31. 12. 2021) bude mu úhrada za výkon č. 63021 vynásobena koeficientem navýšení **1,45** a úhrada za výkon č. 63050 vynásobena koeficientem navýšení **1,20**.
4. Pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám se úhrada stanovuje ve výši podle písm. a) až c) a to za podmínek uvedených v písm. d) až h):
- a) Hrazené služby v prvním trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. č. 63897 – Platba za péči o těhotnou v I. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63897 je stanovena ve výši **1 576 Kč**. Výkon se vykazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky.
- b) Hrazené služby ve druhém trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. 63898 – Platba za péči o těhotnou ve II. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63898 je stanovena ve výši **2 626 Kč**. Výkon se vykazuje ve 14. týdnu těhotenství.
- c) Hrazené služby ve třetím trimestru těhotenství se vykazují výkonem č. 63899 – Platba za péči o těhotnou ve III. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon č. 63899 je stanovena ve výši **3 677 Kč**. Výkon se vykazuje ve 28. týdnu těhotenství.
- d) V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63896 – Signální výkon ukončení těhotenství potratem, nebo v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63895 – Signální výkon ukončení těhotenství mimo PZS.
- e) Poskytovatel je povinen vykazovat kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, příp. 63411 (pokud tento výkon poskytovatel provedl) nebo 63413 (pokud tento výkon poskytovatel provedl) podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí výše uvedených plateb a slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.
- f) Podmínkou úhrady dle písm. a) až c) je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603. Za registraci se považuje platná registrace pojištěnky u poskytovatele nahlášená zdravotní pojišťovně v čase vykázaní výkonů dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
- g) U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví dle písm. a) až c) nejsou v průběhu těhotenství poskytovatelem vykazovány a zdravotní pojišťovnou hrazeny výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonu 09215, pokud jej poskytovatel vykáže v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti – D pro účely úhrady aplikovaného ZULP. Tyto výkony jsou započteny v úhradě dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
- h) Výkony č. 32410, 32420 a 63415 podle seznamu výkonů jsou poskytovateli v v odbornosti 603 podle seznamu výkonů hrazeny s hodnotou bodu podle odst. 1 a 2, pokud byly výkony provedeny a vykázaný nebo vyžádány registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle seznamu výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle seznamu výkonů bez žádanky registrujícího poskytovatele, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč.
- i) V případě, že neregistrující poskytovatel v odbornosti 603 podle seznamu výkonů vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písm. e) a g) budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč a zároveň bude tato péče odečtena registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč, s výjimkou výkonů 63411 a 63413, které budou neregistrujícímu poskytovateli uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč, pokud již nebyly provedeny a vykázaný registrujícím poskytovatelem. V tom případě budou zároveň odečteny registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč. Výjimkou jsou výkony č. 63022, 63023 nebo 63417, které je neregistrující poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku na dokladu 05 (Vyúčtování výkonů nepravidelné péče) a které jsou v takovém případě hrazeny neregistrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu dle odst. 1 a 2 a jejich úhrada nevstupuje do hodnoty extramurální péče registrujícího poskytovatele.

5. Celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 dle odst. 1 až 4 u dané zdravotní pojišťovny nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{Celková výše úhrady} = \text{NPURO}_{2019} * \text{UOP}_{2021} * (1,10 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2020}$$

kde:

NPURO₂₀₁₉ průměrná úhrada za zdravotní výkony (s výjimkou úhrady za výkon č. 09543), včetně zvlášť účtovaného materiálu, zvlášť účtovaných léčivých přípravků, individuálních bonifikačních plateb zdravotních pojišťoven a platby za těhotné, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů.

UOP₂₀₂₁ je počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykázány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů.

EM₂₀₂₁ je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené dle odst. 4 písm. i). Bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady dle odst. 4 písm. a) až c).

IGV je index genetických vyšetření, jehož hodnota je **0,02** v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo **0,00** v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo **(-0,02)** v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo **(-0,04)** v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je **0,02** v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 dle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo **0,00** v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo **(-0,01)** v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo **(-0,03)** v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV a IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63897, 63053, 63055, 63898 nebo 63899. V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₁ příslušné zdravotní pojišťovny, IGV a IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

F_(t) je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,06 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F_{(t)} = 0,36 * K_{(t)} + 0,0164$$

V případě, že poskytovatel nepečoval v hodnoceném období o žádnou těhotnou pojištěnku dané zdravotní pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných **F_(t)** ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných **K_(t)** větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných **F_(t)** ve výši 0,06.

kde:

K_(t) je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$K_{(t)} = \frac{\text{PTEH}_{2021}}{\text{RUOP}_{2021}}$$

kde:

- PTEH₂₀₂₁** počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázan alespoň jeden z výkonů č. 63897, 63053, 63055, 63898 nebo 63899.
- RUOP₂₀₂₁** počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u poskytovatele alespoň jeden den v roce 2021.

6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,14 Kč. Pro stanovení úhrady zahraničních pojištěnců se odst. 1 až 5 nepoužijí.
7. U poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle odst. 5 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1 Kč.
9. Zdravotní pojišťovna dále zohlední případy, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
10. Za každou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnek Pojišťovny v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázanou výkonem č. 01543 – Epizoda péče/kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví úhrada ve výši 56 Kč. Za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření, včetně výkonů 63050, 63053 a 63055.
11. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinálních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 5. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n = kapacita nasmlouvané péče pro danou odbornost.
12. Měsíční předběžná úhrada bude stanovena ve výši jedné dvanáctiny ze 110 % porovnávacího objemu úhrady referenčního období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
13. Nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období, obdrží poskytovatel za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

B) Úhrada služeb asistované reprodukce (výkony IVF)

1. Zdravotní služby vykazují centra asistované reprodukce (smluvní odbornost 613) výhradně prostřednictvím dohodnutých balíčkových kódů/ výkonů uvedených v odst. 2 této části.
2. Hrazené služby IVF jsou vykazovány těmito kódy VZP s těmito názvy:
 - a) 63901 – (VZP) IVF cyklus přerušný před odběrem oocytů
 - b) 63902 – (VZP) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí
 - c) 63903 – (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí
 - d) 63908 – (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya
 - e) 63909 – (VZP) Kód pro vykázaní ZULP při péči IVF – pouze pro centra asistované reprodukce
 - f) 63914 – (VZP) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu

- g) 63915 – (VZP) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI
3. Skutečně použité léčivé přípravky k výkonům IVF vykazují centra asistované reprodukce prostřednictvím výkonu č. 63909 jako ZULP v průměrné dávce 2 250 jednotek gonadotropinu na jeden léčebný IVF cyklus a adekvátního množství agonistů GnRH či antagonistů LHRH.
 4. Výkony uvedené v odst. 2 této části budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 1,10 Kč.

C) Regulační omezení

1. Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2019.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2021.

- 1.1. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší, než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky 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. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
- 1.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech 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. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, prováděné Poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021 hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.
2. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 1.1 nebo 1.2.
3. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.
4. V případě, že poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, zdravotní pojišťovna použije pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 1.1 a 1.2 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
5. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.1, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2021 nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2021 vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.
6. Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 1.2, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech nepřevýší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2021, vycházející ze zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny na rok 2021.
7. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinálních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinálních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n = kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

8. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 1.1 a 1.2 maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony, snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
9. Pokud poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení podle bodu 1.1.
10. Regulační omezení podle bodů 1.1 a 1.2 se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.

REAKCE DR. DVOŘÁKA NA E-MAIL DR. KUBKA

Vážení,

e-maily od prezidenta ČLK mi nechodí a nijak mi to nevadí. Občas mi někdo z přátel nějaký přepoše. Obvykle dlouhý text bez jakékoli užitečné informace plný sebechvály a kritiky těch, kteří nepatří k stoupcům prezidenta Kubka. Obsáhlý materiál, datovaný 25. května tohoto roku, není výjimkou. Vzhledem k tomu, že je tam zmíněno mé jméno, budu reagovat. Dr. Kubek píše:

„K čemu je nám dobré, že si společnost naší práce váží, když si jí nedokážeme vážit my sami? Defetistické postoje dobře charakterizuje výrok Dr. Dvořáka, který za gynekology jako první podepsal s pojišťovnami dohodu: „Dosáhnout vyššího navýšení úhrady nebo výrazné změny textu oproti roku 2020 nebylo reálné. Nedohodnout se s plátcí považuji za zbytečné riziko bez jakéhokoliv benefitu.“ Inu, kdo nic nechce, ten nic nedostane“.

Stručně mé stanovisko:

- Dr. Kubek (podobně jako jeho předchůdce ve funkci) stále uvažuje a jedná jako odborový předák, kterým dříve byl. Bohužel se to promítá do toho, jak se na ČLK pod jeho vedením dívá část odborné i laické veřejnosti.
- zásadní teze: méně dělat, více vydělat. Nemyslím, že je to dlouhodobě akceptovatelné.
- zdravotní pojišťovny jsou pro prezidenta nepřátelé, dohoda v rámci DŘ zbytečná, lépe je jít cestou zákulisních jednání a politického tlaku. Já považuji plátce zdravotní péče za korektní partnery a lobbying v kancelářích MZ či jinde se mi nikdy nelíbil.
- Dr. Kubek požadoval v loňském roce, aby zdravotní pojišťovny rozpustily své rezervy a daly je do úhrad. Nepodporoval jsem to. Kdyby se to stalo, systém veřejného zdravotního pojištění by nyní patrně kolaboval.
- požadovat zásadní navýšení úhrad v době hlubokého propadu ekonomiky, kdy mnozí podnikatelé končí se svojí činností a kompenzace většiny subjektů ani vzdáleně nedosáhnou úrovně příjmu v loňském roce, je zajisté možné. O subjektu, který tak činí, si racionálně myslící jedinci ale myslí své.
- naše sdružení je Dr. Kubkem jednou označováno za predátora, který vydělá více, než ostatní segmenty poskytovatelů, jednou zase za subjekt, který neumí vyjednat dostatečné navýšení úhrady. Na rozdíl od ČLK členství v SSG ČR není povinné. To, že nám členů přibývá a sdružujeme naprostou většinu soukromých gynekologů svědčí o tom, že nepracujeme až tak špatně. I přes léta trvající výzvy prezidenta ČLK k udělení plných mocí ČLK má naše organizace plných mocí výrazně více, než ČLK.

Jsem přesvědčen o tom, že dohoda z DŘ pro rok 2021 je pro náš segment výhodná a že je maximem možného. Téměř kopíruje úhradový dodatek pro rok 2020 a garantuje cca. tříprocentní navýšení úhrad. Pokud si někdo bude myslet, že by se měla strategie SSG ČR změnit, má každoročně na Valném shromáždění možnost kandidovat na člena výboru a snažit se změny prosadit.

Všem děkuji za podporu a pochopení a přeji zachování zdravého rozumu i přes populistické výkřiky mnohých subjektů

Vladimír Dvořák

20. 5. 2020 Praha MZ ČR – Jednání Rady poskytovatelů MZ ČR
Za SSG ČR přítomen V. Dvořák

Jednání Rady se realizovalo již za osobní přítomnosti téměř všech jejích členů. Přítomni byli i zástupci zdravotních pojišťoven. Hlavním tématem byl ekonomický dopad situace s COVID-19 na zdravotnické zařízení a kompenzace ztrát plátců zdravotní péče. Výstupy z jednání uveřejňujeme.

U S N E S E N Í

jednání poradního sboru ministra zdravotnictví České republiky

RADA POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE

dne 20.května 2020, v 8:00 hodin

Přizvání:

▪ **za poskytovatele zdravotní péče:**

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.

MUDr. Eduard Bláha

MUDr. Ilona Hülleová

Bc. Ludmila Kondelíková

RNDr. Jaroslav Loucký

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

MUDr. Petr Šonka

MUDr. Václav Volejník, CSc.

Mgr. Michal Hojný

Mgr. Monika Marková

MUDr. Zorjan Jojko

Ing. Václav Moravec

PhDr., Robert Huneš

Ing. Vladimír Drvota

MUDr. Eduard Sohlich, MBA – zástupce MUDr. Petr Fiala

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA

MUDr. Marek Slabý, MBA

Ing. Václav Moravec

Ing. JUDr. Miloslav Ludvík, MBA

Mgr. Marek Hampel

Ing. Jan Mlčák, MBA

Ing. Michal Jurča

Ing. Aziz Jahić

- **omluveni**

prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, EBI

MUDr. Martin Hollý, MBA

- **za Ministerstvo zdravotnictví:**

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA

Ing. Helena Rögnerová

Mgr. Pavlína Žilová

Mgr. Tomáš Troch

Mgr. Tomáš Pala

- **Zástupci pojišťoven:**

Ing. David Šmehlík, MHA

MUDr. Renata Knorová, MBA

Na jednání se Rada poskytovatelů usnesla na těchto opatřeních:

- Všechny segmenty poskytovatelů zdravotní péče v ČR byly pandemií nemoci Covid 19 zasaženy.
- Rada poskytovatelů vítá snahu Ministerstva zdravotnictví a plátců ztráty v produkci a zvýšené náklady částečně kompenzovat všem segmentům.
- Jakékoliv navyšování tabulkových platů ve zdravotnictví v době poklesu ekonomiky považujeme za krok, který ohrozí fungování zdravotnictví ČR.
- Nedoporučuje výrazně zasahovat do stávajícího Seznamu zdravotních výkonů, protože je obtížné predikovat důsledky tohoto zásahu. Prozatím doporučuje nenavyšovat cenu práce lékaře. Hodnota práce nositele výkonů je jen jednou z položek určujících bodovou hodnotu výkonů v Seznamu zdravotních výkonů, přičemž je řada segmentů, u nichž se úhrada péče dle Seznamu zdravotních výkonů nepočítá nebo počítá jen částečně (nemocnice, stomatologové, gynekologové aj.). Tyto by změnu navrhanou ČLK nepocítily vůbec nebo v nespravedlivě malém měřítku. Rada poskytovatelů tedy doporučuje navýšení úhrad péče realizovat obvyklou cestou úhradové vyhlášky MZ.
- Doporučujeme všem, kteří mohou částečně ovlivnit osvětu, aby zdůrazňovali význam preventivních vyšetření a očkování proti infekčním chorobám. Neodkládat preventivní péči.
- Vítáme obnovení zvaní cílových skupin plátců zdravotní péče na preventivní vyšetření v rámci screeningových programů.