

Jednání ČLK o úhradové vyhlášce

Dohodovací řízení o úhradách a regulacích skončilo ve většině segmentů nedohodou.

Ambulantní specialisté: Nedohoda, parciální dohoda u hemodialýzy.

Praktičtí lékaři: Nedohoda, parciální dohoda u PLDD.

Ambulantní gynekologové: Dohoda.

Komplement: Dohoda.

Akutní lůžková péče: Nedohoda.

Následná lůžková péče: Nedohoda.

ZZS: Dohoda.

Doprava: Dohoda.

Lázně: Nedohoda.

Stomatologie: Nedohoda.

Domácí péče: Nedohoda.

Fyzioterapie (nelékaři): Nedohoda.

ČLK respektovala dohody, které byly uzavřeny, a prezident ČLK zahájil jednání s ministerstvem zdravotnictví a s VZP o způsobu, jak bude úhradová vyhláška realizovat zvýšení ceny práce lékařů o 10%, které vyjednal s ministrem zdravotnictví Dr. Němečkem v Seznamu zdravotních výkonů, který nabývá účinnosti od 1.1.2016.

Ministerstvo předložilo návrh tzv. úhradové vyhlášky. ČLK k němu uplatnila své připomínky a prezident ČLK o nich jednal s ministrem zdravotnictví a pojišťovny ve dnech 22.9.2015 a podruhé pak 29.9.2015. Na jednání s ČLK vždy navazovala jednání ministerstva zdravotnictví a pojišťoven s tzv. Koalicí soukromých lékařů.

Zásadní připomínky ČLK (podané 21.9.2015)

1) K Příloze č. 2, oddílu A, odstavci 1, písm. a), alinea 4

ČLK nesouhlasí s podmínkou poskytování návštěvní služby v rozsahu minimálně 2 hodin týdně.

ČLK navrhuje tuto podmínku zcela vypustit. Alternativně lze možná stanovit roční limit, nikoliv však týdenní.

Odůvodnění:

Je to situace poskytovatelem zdravotních služeb neovlivnitelná, výkon návštěvní služby závisí na potřebách pacientů. V některých týdnech nemusí být vůbec indikován výjezd návštěvní služby, v některých týdnech naopak může být tato služba indikována vícenásobně.

Mz připomínku akceptovalo na 1. jednání 22.9.2015.

2) K Příloze č. 2, oddílu A, odstavci 1, písm. a), alinea 5

ČLK navrhuje, aby bylo ustanovení doplněno do tohoto znění:

„provedli v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 10 % svých registrovaných pojištěnců **příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let**“

Odůvodnění:

Náplň preventivní prohlídky podle vyhlášky č. 70/2012 Sb. je u pojištěnců mladších 40 let natolik malá, že pacienti v tomto věku nemají o konání preventivních prohlídek žádný zájem. V tomto směru tedy nebude uvedené ustanovení pro poskytovatele motivační, jak uvádí důvodová zpráva.

Mz připomínku akceptovalo na 2. jednání 29.9.2015.

3) K Příloze č. 2, oddílu A, odstavci 1, písm. b)

ČLK navrhuje následující znění:

„b) V případě, že poskytovatel neplní výše uvedené podmínky, se základní kapitační sazba podle písmene a) snižuje o ~~0,50 Kč~~ **0,40 Kč** za každou nesplněnou podmínku.

Odůvodnění:

Výše kapitační platby pro všeobecné praktické lékaře dlouhodobě stagnovala, ČLK navrhuje, aby se touto úpravou ambulantní poskytovatelé alespoň přiblížili poskytovatelům lůžkové péče, kde dochází k nárůstu úhrad.

K takovému přiblížení by nedošlo, pokud by byla krácena kapitační platba z 52 Kč o 0,50 Kč za nesplnění níže uvedených podmínek:

1. Poskytování hrazených zdravotních služeb v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně.
2. Alespoň 1 den v týdnu prodloužený ordinační hodiny do 18 hodin.
3. Umožnění pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
4. Poskytování návštěvní služby v rozsahu minimálně 2 hodiny týdně.
5. Provedení v hodnoceném období preventivní prohlídky, vykázané výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 10 % svých registrovaných pojištěnců.
6. Provedení v hodnoceném období screeningu kolorektálního karcinomu, vykázaného výkony č. 15120 nebo 15121 podle seznamu výkonů alespoň u 10 % registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 50 do 80 let.

Ve výsledku by se tedy mohlo jednat o kapitační platbu zkrácenou až o 3 Kč, čímž by se v podstatě setřely rozdíly mezi rokem 2015 a 2016 a docházelo by tímto k další stagnaci kapitační platby.

Mz připomínku neakceptovalo ani na 1. jednání 22.9.2015, ani na 2. jednání 29.9.2015.

4) K Příloze č. 2, oddílu A, odstavci 1, písm. c) a d)

ČLK nesouhlasí s podmínkami obsaženými v těchto ustanoveních a navrhuje je z úhradové vyhlášky vypustit.

Odůvodnění:

Není vymezeno, jaká péče v režimu kapitační platby se bude do daného systému zahrnovat, kdo, jak a s jakou frekvencí bude plnění podmínky sledováno, zda budou započítávány také signální kódy apod. Uvedené ustanovení je zcela vágní a umožňuje zdravotním pojišťovnám velký prostor ke krácení kapitační platby na základě okolností, které poskytovatel nemusí moct ani ovlivnit, ani ověřit. Poskytovatel zdravotních služeb nemá možnost jakkoliv ovlivnit, že někteří jeho pacienti jsou zdraví, nevyžadují v posledních 36 měsících ani poskytnutí zdravotní péče, ani předpis léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, ani indikaci vyžádané péče a nemá jakýkoliv právní nástroj, kterým by mohl své pacienty přinutit k návštěvě ordinaci. Činit tak pouze pro slnění formální podmínky ve vyhlášce, aniž by byla návštěva v ordinaci poskytovatele indikována, by byla proto zcela účelová, absurdní a kontraproduktivní.

Stejně absurdní by tedy bylo snižování výše kapitační platby pro jednotlivé, návrhem vyhlášky stanovené situace:

- a) Poskytovatel má takových pacientů maximálně 15 % z registrovaných pacientů příslušné zdravotní pojišťovny, v tom případě nebude kapitační platba snižována.
- b) Poskytovatel má takových pacientů v rozmezí více než 15 % a maximálně 25 % z registrovaných pacientů příslušné zdravotní pojišťovny, v tom případě bude kapitační platba u těchto pacientů snížena na 80 % ze standardní výše.
- c) Poskytovatel má takových pacientů v rozmezí více než 25 % z registrovaných pacientů příslušné zdravotní pojišťovny, v tom případě bude kapitační platba u těchto pacientů snížena na 50 % ze standardní výše.

Navíc z právního hlediska chybí také možnost dosáhnout na maximální kapitační platbu, pokud poskytovatel objektivně nemůže shora uvedené podmínky splnit.

Mz připomínku akceptovalo na 2. jednání 29.9.2015.

5) K Příloze č. 3, oddílu A, odstavci 2

ČLK navrhuje následující znění:

„2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v bodě 1 se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POPz/po} \times \text{PUROo} \times \del{1,03} \underline{1,05},$$

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na

kteře byly vykázány pouze výkony č. 09513 ~~nebo č. 09511~~ podle seznamu výkonů,

PUR0o průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; v referenčním období se do počtu unikátních pojištěnců nezapočítávají ~~započítávají~~ i ti pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon 09511 a 09513.“

Odůvodnění:

Dle navržené úpravy poskytovatel obdrží v roce 2016 na 1 URČ maximálně 101% průměrné úhrady na URČ v roce 2014. Celková úhrada je limitována bez jakékoliv souvztažnosti ke skutečně poskytnuté péči v hodnoceném období. Pokud poskytovatel v roce 2016 nesníží průměrný počet vykázaných bodů na URČ proti roku 2014, bude mu uhrazena veškerá péče s výslednou hodnotou bodu jako v roce 2014, nebo ještě nižší. Navržený způsob úhrady znemožňuje promítnout do úhrad navýšení bodového ohodnocení výkonů v Seznamu zdravotních výkonů, které bylo aktuálně s ČLK dohodnuto. Poskytovatelé budou podle Seznamu zdravotních výkonů sice vykazovat více bodů, avšak za tyto body dostanou maximálně stejnou úhradu, jako v roce 2014. Dojde tedy ještě k dalšímu snižování výsledné hodnoty bodu oproti roku 2014. Deklarovaná hodnota bodu 1,03 Kč se tedy stane pro smluvní poskytovatele prakticky nedosažitelnou. **Tento způsob úhrady je nepochybně v rozporu se zásadami, které formuloval Ústavní soud ve svém nálezu Pl. ÚS 19/13. V návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2016 zcela chybí možnost kompenzace, resp. navýšení úhrady v případě, kdy poskytovatel musel překročit referenční limit, protože jinak by nemohl poskytnout péči na náležitě odborné úrovni. V tomto ohledu je návrh úhradové vyhlášky zcela jistě protiústavní.**

Při použití shora uvedeného způsobu úhrady navíc dochází k dalšímu umělému snižování úhrady, a to v důsledku zcela nelogického postupu, kdy se v hodnoceném období do počtu URČ nezahrnou URČ, na která byl vykázán pouze výkon č. 09513 nebo č. 09511 (tím se výsledná úhrada snižuje – snižuje se počet URČ v hodnoceném období), avšak v referenčním období se tato URČ do výpočtu zahrnou. Tímto postupem může u některých poskytovatelů dojít k významnému snížení úhrady, aniž by k tomu byl dán právně relevantní důvod. Tento postup je zcela nepřijatelný a je zřejmé, že cílem této regulace již není zabránit umělému navyšování vykázaných hrazených služeb, ale co nejvíce omezit úhradu bez ohledu na to, zda poskytovatel postupoval v souladu se smlouvou, či nikoliv. V tomto ohledu je třeba poukázat na úhradu v segmentu gynekologie, kde URČ, na která byly vykázány pouze výkony 09513 nebo č. 09511, nejsou započítána ani v referenčním, ani hodnoceném období. Tj. zde je alespoň srovnáváno srovnatelné. ČLK nesouhlasí s tím, aby do výpočtu celkové výsledné úhrady nebyla zahrnuta ta URČ, na která byl vykázán pouze výkon 09511. V praxi nastávají situace, kdy nelze při péči o pojištěnce vykázat jiný výkon, nežli minimální kontakt. V takovém případě není důvod finančně sankcionovat poskytovatele, kteří při vykazování hrazených služeb postupují zcela v souladu se seznamem zdravotních výkonů. Zdravotní pojišťovny mají jiné zákonem přiznané pravomoci, jak případné účelové vykazování postihnout.

Ministerstvo zdravotnictví je oprávněno regulovat výši úhrady, avšak současně musí stanovit kompenzační mechanismus pro ty případy, kdy smluvní poskytovatel musel péči podle smlouvy poskytnout (tj. nejen neodkladnou), jelikož byl povinen postupovat v souladu se smlouvou i zákonem na náležitě odborné úrovni. Cenová regulace úhrady hrazených zdravotních služeb je již vyjádřena v deklarované hodnotě bodu. Pokud Ministerstvo

zdravotnictví stanoví, že hodnota bodu pro část ambulantní specializované péče je 1,03 Kč, jedná se cenovou regulaci, ve které jsou kalkulovány jak náklady, tak přiměřený zisk. S vědomím této regulace poskytovatel do podnikání vstupuje a kalkuluje s ní. Další regulace úhrady úhradovými vzorci jde již nad rámec této cenové regulace a má sloužit k zabránění „nadužívání“ hrazené péče. Ústavní soud ve svém nálezu Pl. ÚS 19/13 ze dne 22.10.2013 označil za problematické samo o sobě již to, že toto „ochranné opatření“ má být použito preventivně vůči všem poskytovatelům bez možnosti jakékoliv kompenzace. Ústavní soud v nálezu ze dne Pl. ÚS 13/19 v bodě 74 konstatoval, citujeme: „*Ústavní soud ale neshledal splnění podmínky potřeby, jež se posuzuje s ohledem na případnou existenci jiných, k ústavně zaručenému právu šetrnějších prostředků. I když totiž lze v některých směrech připustit větší efektivnost limitace výše úhrad před jinými způsoby kontroly hospodářného vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění, neexistuje žádný důvod, aby stanovení výše úhrad zcela abstrahovalo od možnosti, že k překročení stanoveného objemu zdravotní péče nedojde jen v důsledku plýtvání či jejího nadužívání, nýbrž také v důsledku řádného plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele. Základním problémem předmětné právní úpravy je tak absence nároku na dorovnání či kompenzaci, který by dopadal na tuto situaci.*“ Z tohoto důvodu shledal Ústavní soud úhradovou vyhlášku na rok 2013 v rozporu s právem na podnikání podle čl. 26 odst. 1 LZPS a zavázal Ministerstvo zdravotnictví se do budoucna vyvarovat shora uvedenému pochybení.

Ministerstvo zdravotnictví, stejně jako v roce 2015, bohužel v tomto ohledu nález Ústavního soudu zcela ignoruje a vystavuje se nebezpečí zrušení úhradové vyhlášky pro rozpor s ústavním pořádkem ČR.

Určitým řešením situace je zavedení kompenzačního mechanismu, který umožní navýšit celkovou výslednou úhradu v těch případech, kdy poskytovatel musel v důsledku povinnosti postupovat na náležité odborné úrovni poskytnout v průměru na URČ více péče, nežli v referenčním období. Kompenzační mechanismus lze formulovat tak, že **poskytovatel, který odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb konkrétním pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho průměrný počet bodů v referenčním období, má nárok na to, aby mu byla takto odůvodněná péče uhrazena s hodnotou bodu 1,03 Kč** (viz níže návrh v bodě 6).

Zvýšení koeficientu nárůstu úhrady z 1,01 na 1,05 ČLK navrhuje proto, aby se touto úpravou ambulantní poskytovatelé alespoň přiblížili poskytovatelům lůžkové péče, u kterých dochází k nárůstu úhrady. Návrhem této změny není požadavek ČLK na vložení kompenzačního mechanismu do úhradové vyhlášky nijak dotčen.

Mz připomínku částečně akceptovalo na 1. jednání 22.9.2015.

Unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze kód 09513 (telefonická konzultace) se nezapočítávají ani v hodnoceném, ani v porovnávacím období. Naopak unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze kód 09511 (minimální kontakt) se započítávají jak v hodnoceném, tak i v porovnávacím období.

Mz připomínku částečně akceptovalo na 2. jednání 29.9.2015.

Koeficient v úhradovém vzorci se zvyšuje z 1,01 na 1,03, tedy nikoliv na ČLK požadovaných 1,05.

6) K příloze č. 3 a 5

ČLK navrhuje do přílohy č. 3 a 5 doplnit texty následujícího znění:

Příloha č. 3:

K omezení úhrady celkovou výší úhrady za výkony:

„Pokud poskytovatel, u kterého dojde v hodnoceném období v důsledku dodržení povinnosti poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni k překročení průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb konkrétním pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho průměrný počet bodů v referenčním období, bude takto odůvodněná péče vyjmuta z výpočtu celkové výsledné úhrady a uhrazena s hodnotou bodu 1,03 Kč.“

Příloha č. 5:

U zdravotních služeb uvedených v příloze č. 5 bod 2 písm. a) vložit stejný kompenzační mechanismus, který byl v úhradové vyhlášce pro rok 2014:

„Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{ho}).“

Odůvodnění:

Ministerstvo zdravotnictví je oprávněno regulovat výši úhrady, avšak současně musí stanovit kompenzační mechanismus pro ty případy, kdy smluvní poskytovatel musel péči podle smlouvy poskytnout (tj. nejen neodkladnou), jelikož byl povinen postupovat v souladu se smlouvou i zákonem na náležité odborné úrovni. Cenová regulace úhrady hrazených zdravotních služeb je již vyjádřena v deklarované hodnotě bodu. Pokud Ministerstvo zdravotnictví stanoví konkrétní hodnotu bodu pro určitý segment, jedná se cenovou regulaci, ve které jsou kalkulovány jak náklady, tak přiměřený zisk. S vědomím této regulace poskytovatel do podnikání vstupuje a kalkuluje s ní. Další regulace úhrady úhradovými vzorci jde již nad rámec této cenové regulace a má sloužit k zabránění „nadužívání“ hrazené péče. Ústavní soud ve svém nálezu Pl. ÚS 19/13 ze dne 22.10.2013 označil za problematické samo o sobě již to, že toto „ochranné opatření“ má být použito preventivně vůči všem poskytovatelům bez možnosti jakékoliv kompenzace. Ústavní soud v nálezu ze dne Pl. ÚS 13/19 v bodě 74 konstatoval, citujeme: *„Ústavní soud ale neshledal splnění podmínky potřeby, jež se posuzuje s ohledem na případnou existenci jiných, k ústavně zaručenému právu šetrnějších prostředků. I když totiž lze v některých směrech připustit větší efektivnost limitace výše úhrad před jinými způsoby kontroly hospodárného vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění, neexistuje žádný důvod, aby stanovení výše úhrad zcela abstrahovalo od možnosti, že k překročení stanoveného objemu zdravotní péče nedojde jen v důsledku plýtvání či jejího nadužívání, nýbrž také v důsledku řádného plnění*

zákonnych povinností ze strany poskytovatele. Základním problémem předmětné právní úpravy je tak absence nároku na dorovnání či kompenzaci, který by dopadal na tuto situaci.“ Z tohoto důvodu shledal Ústavní soud úhradovou vyhlášku na rok 2013 v rozporu s právem na podnikání podle čl. 26 odst. 1 LZPS a zavázal Ministerstvo zdravotnictví se do budoucna vyvarovat shora uvedenému. Pokud bude úhradová vyhláška publikována bez kompenzačního mechanismu, vystavuje se Ministerstvo zdravotnictví nebezpečí zrušení úhradové vyhlášky pro rozpor s ústavním pořádkem ČR.

Mz připomínku neakceptovalo ani na 1. jednání 22.9.2015, ani na 2. jednání 29.9.2015.

Zlepšením oproti původnímu návrhu úhradové vyhlášky je zřízení institutu tzv. velmi drahého pojištěnce. Pokud poskytovatel vykáže na některého z pacientů více než 500% bodů vykázaných a uznaných na unikátního pojištěnce v porovnávacím období (rok 2014), pak pojišťovna všechny tyto výkony uhradí v plné výši.

ČLK požadovala právo pro poskytovatele požádat zdravotní pojišťovnu o plnou úhradu u každého nadprůměrně nákladného pacienta s tím, že oprávněnost zvýšených nákladů by posuzoval na základě žádosti poskytovatele rozhodčí orgán složený ze zástupců pojišťovny a ČLK.

Zmírnění tvrdosti úhradového vzorce prostřednictvím institutu tzv. velmi drahého pojištěnce navržené VZP a odsouhlasené ministerstvem (prezident ČLK vzal pouze na vědomí) podle názoru ČLK není v souladu s rozhodnutím Ústavního soudu, že indikovaná zdravotní péče, na kterou mají klienti pojišťoven nárok, musí být poskytovatelům zdravotních služeb hrazená.

Připomínky ČLK (podané dodatečně v řádném termínu 24.9.2015)

1) K Příloze č. 5, odstavci 4

Slova „počet globálních unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem“

ČLK navrhuje nahradit zněním:

„počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem“

Odůvodnění:

Globální unikátní pojištěnec je definován v § 2 odst. 5 jako pojištěnec ošetřený poskytovatelem lůžkové péče. V segmentu laboratorního komplementu jsou pojištěnci ošetřováni i poskytovateli ambulantní péče. V návaznosti na referenční období a dohodu mezi poskytovateli a plátcí nedává definice globálního unikátního pojištěnce pro tuto část vyhlášky smysl.

Technická připomínka, která nebyla na 2. jednání dne 29.9.2015 projednávána.

2) K Příloze č. 5, odstavci 2, písmenu b)

Původní znění: „Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 817, 818, 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,71 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v odbornostech, pro které je držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189, případně Osvědčení o auditu II NASKL. Poskytovatel prokáže platné Osvědčení na celé období roku 2016 a předloží ho nejpozději do 31. 3. 2016. Pro všechny ostatní neakreditované odbornosti, případně odbornosti, pro které není splněna podmínka podle bodu 2 písm. b), se stanoví hodnota bodu ve výši 0,40 Kč.“

ČLK navrhuje nahradit zněním:

„Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 817, 818, 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,71 Kč. V případě, že poskytovatel neprokáže, že je v hodnoceném období nebo v jeho části držitelem osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189, případně Osvědčení o auditu II NASKL, hodnota bodu za zdravotní služby poskytnuté v období bez platného osvědčení podle věty první se stanoví ve výši 0,40 Kč.“

Odůvodnění:

Definice uvedená v návrhu vyhlášky není jednoznačná ve věci interpretace výše bodu ve vztahu k osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189, případně Osvědčení o auditu II NASKL. V poslední větě navíc ukládá složenou podmínku, která není jednoznačná a to „Pro všechny ostatní neakreditované odbornosti, případně odbornosti, pro které není splněna podmínka podle bodu 2 písm. b)“. Takto uvedená definice povede k právním sporům mezi poskytovateli a plátcí ve věci úhrad zdravotních služeb, vč. administrativní zátěže Ministerstva zdravotnictví při řešení těchto sporů. Navrhovaná změna nového znění reflektuje definici předchozích úhradových vyhlášek a je oboustranně akceptována poskytovateli i plátcí již v předchozích obdobích. Zároveň řeší rozlišení zdravotních služeb poskytovaných s osvědčením a bez osvědčení tak, aby bylo dosahováno maximální možné kvality zdravotních služeb poskytovaných v uvedených odbornostech.

Obě uvedené připomínky mají upřesňující charakter, bránící možnému případnému víceznačnému výkladu textu předmětných ustanovení.

Technická připomínka, která nebyla na 2. jednání dne 29.9.2015 projednávána.

3) K Příloze č. 3, oddílu A, odstavci 5, písm. a)

ČLK navrhuje následující znění:

„a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil ~~50~~ **100** a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin

týdně se limit 50 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost“

Odůvodnění:

ČLK navrhuje návrat k hranici nevýznamného počtu pojištěnců v počtu 100, tak, jak ho obsahovala úhradová vyhláška v příloze pro ambulantní specialisty pro rok 2015. V loňském roce došlo k tomuto zdvojnásobení hranice z důvodu, že dřívější hranice 50 byla užívána za situace, kdy referenčními a hodnotícími obdobími byla příslušná pololetí kalendářních let. Nyní, za situace, kdy se již jedná o celé roky, je navrhovaná hranice 100 pojištěnců adekvátní.

Mz připomínku na 2. jednání 29.9.2015 neakceptovalo kvůli zásadnímu odporu tzv. resortních zdravotních pojišťoven.

4) K Příloze č. 3, oddílu B, odstavci 13

ČLK navrhuje následující znění:

„13. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.“

Odůvodnění:

ČLK navrhuje návrat k hranici nevýznamného počtu pojištěnců v počtu 100, tak, jak ho obsahovala úhradová vyhláška v příloze pro ambulantní specialisty pro rok 2015. V loňském roce došlo k tomuto zdvojnásobení hranice z důvodu, že dřívější hranice 50 byla užívána za situace, kdy referenčními a hodnotícími obdobími byla příslušná pololetí kalendářních let. Nyní, za situace, kdy se již jedná o celé roky, je navrhovaná hranice 100 pojištěnců adekvátní.

Mz připomínku na 2. jednání 29.9.2015 neakceptovalo kvůli zásadnímu odporu tzv. resortních zdravotních pojišťoven.

MUDr. Milan Kubek