

## Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům OZP pro rok 2021

### Praktičtí lékaři:

Návrh dodatku pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, co se týče způsobu úhrady, v principu a ve svých základních parametrech vychází z úhradové vyhlášky.

Nutno upozornit na čl. II, který **nad rámec běžného obsahu úhradového dodatku stanoví podmínky úhrady a pravidla vykazování:**

- V čl. II odst. 4 se sjednává, že péče poskytnutá neregistrovaným pojištěncům se považuje za nepravdivé služby, přičemž **nepravdivé služby OZP uhradí pouze v případě, že prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem, nebo se jedná neodkladnou péčí.**
- V čl. II odst. 5 jsou nově upraveny termíny splatnosti dohodnuté ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb v návaznosti na činnost Kapitačního centra – splatnost šestý pracovní den následující po datu převzetí údajů z Kapitačního centra zdravotní pojišťovnou.
- Dle čl. II odst. 8 je poskytovatel povinen **předložit doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, kterého se změny týkají.** Doklady předložené později nebudou důvodem pro přepočítání výše kapitační platby.
- V čl. II. odst. 9 je zakotveno, že **poskytovatel ztrácí v příslušném měsíci nárok na úhradu kapitační platby, přeruší-li poskytování hrazených služeb na dobu delší než 3 pracovní dny v měsíci bez zajištění péče pro své pojištěnce v jiném dostupném zdravotnickém zařízení** jiného poskytovatele. Toto zajištění je poskytovatel povinen průkazně doložit. **Přerušení poskytování zdravotních služeb na dobu delší než 3 pracovní dny je poskytovatel povinen písemně oznámit OZP** a dát na vědomí pojištěncům. Zastupováním není poskytování hrazených služeb přerušeno, a proto **zastupující poskytovatel nemůže vykazovat zdravotní služby zahrnuté do kapitační platby.** Pokud tak učiní, OZP tuto péči neuhradí.
- Upozorňujeme, že v čl. II. odst. 10.10. se **poskytovatel zavazuje neposkytovat informace o způsobu výpočtu úhrady a hodnocení nákladovosti, které jsou v dodatku sjednány, třetím osobám bez písemného svolení OZP.** Důvod navrhovaného ustanovení není zřejmý. OZP je subjektem hospodařícím s veřejnými prostředky a sjednaný způsob úhrady (úhradové dodatky) podléhá zveřejnění dle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to včetně příslušných příloh, ve kterých jsou sjednány bonifikace.

**OZP nabízí bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky podle příloh č. 1 a 2 dodatku – poskytovatelům doporučujeme se s obsahem příloh seznámit, ČLK neměla tyto přílohy od OZP k dispozici.**

Výhodou nad rámec úhradové vyhlášky je, že vyhláškou garantované zvýšení kapitační platby o 0,60 Kč pro poskytovatele, jejichž nejméně 50 % lékařů je držitelem Diplomu ČŽV, se vztahuje na platnost diplomu ne pouze striktně po celý rok 2021, ale **budou uznány i diplomy platné v roce 2020** (čl. II. odst. 10.8.). Uvedené však již dále neplatí pro zvýšení hodnoty bodu pro výkony

nezahrnuté do kapitační platby, kde je v souladu s vyhláškou trváno pouze na platnosti diplomu ČŽV v roce 2021 (čl. II. odst. 10.16. písm. a)

Dodatek sjednává **odlišně od vyhlášky bonifikaci za provádění preventivních prohlídek**, a to tak, že poskytovatel, který provedl preventivní prohlídku **v roce 2019** u nejméně 30 % registrovaných pojištěnců (není omezeno věkem), má nárok **na navýšení základní kapitační sazby o 2,50 Kč** (úhradová vyhláška garantuje navýšení o 0,50 Kč a bonifikaci vztahuje k počtu preventivních prohlídek v roce 2021 a k pojištěncům ve věku 40-80 let).

V čl. II. odst. 10.13 OZP garantuje pro výkony 01021, 01022, 01201, 01204, 01186, 01188, 15118, 15119 a pro výkony očkování 02100, 02105, 02125 a 02130 **zvýšenou hodnotu bodu 1,17 Kč/bod**, oproti úhradové vyhlášce, kde je uvedena hodnota 1,16 Kč/bod.

V čl. II. odst. 13 dodatku **OZP garantuje neuplatnění regulačních mechanismů za zdravotnické prostředky předepsané pro inkontinentní pacienty a za vyžádanou péči v odbornosti 902 (fyzioterapie)**. Zbytek regulačních mechanismů (léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádaná péče) odpovídá úhradové vyhlášce. OZP v dodatku garantuje možnost zohlednění důvodného nárůstu preskripce způsobeného předepisováním léčivých přípravků, u kterých došlo v důsledku dohody mezi poskytovatelem a OZP ke změkčení indikačních kritérií.

V závěrečných ustanoveních v čl. III. upozorňujeme na odstavce 7 a 8, podle kterých v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním, a písemnosti doručované v souvislosti s plněním smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.

**Návrh dodatku obsahuje ustanovení nad rámec úhradové vyhlášky, která činí dodatek z hlediska úhrady výhodnějším nežli úhradová vyhláška. V tomto ohledu lze podepsání dodatku doporučit.**

Nutno dodat, že je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba doplnit, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednanou smlouvu, kterou lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. To platí jak pro úhradové podmínky, tak pro další obsah dodatku, který u OZP obsahuje nad rámec běžného obsahu úhradového dodatku i podmínky vykazování a úhrady hrazených služeb. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit.

### **Praktičtí lékaři pro děti a dorost:**

Návrh dodatku pro poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, co se týče způsobu úhrady, v principu a ve svých základních parametrech vychází z úhradové vyhlášky.

Nutno upozornit na čl. II, který **nad rámec běžného obsahu úhradového dodatku stanoví podmínky úhrady a pravidla vykazování:**

- V čl. II odst. 4 se sjednává, že péče poskytnutá neregistrovaným pojištěncům se považuje za nepravidelné služby, přičemž **nepravidelné služby OZP uhradí pouze v případě, že**

**prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem, nebo se jedná neodkladnou péčí.**

- V čl. II odst. 5 jsou nově upraveny termíny splatnosti dohodnuté ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb v návaznosti na činnost Kapitačního centra – splatnost šestý pracovní den následující po datu převzetí údajů z Kapitačního centra zdravotní pojišťovnou.
- Dle čl. II odst. 8 je poskytovatel povinen **předložit doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, kterého se změny týkají.** Doklady předložené později nebudou důvodem pro přepočítání výše kapitační platby.
- V čl. II. odst. 9 je zakotveno, že **poskytovatel ztrácí v příslušném měsíci nárok na úhradu kapitační platby, přeruší-li poskytování hrazených služeb na dobu delší než 3 pracovní dny v měsíci bez zajištění péče pro své pojištěnce v jiném dostupném zdravotnickém zařízení** jiného poskytovatele. Toto zajištění je poskytovatel povinen průkazně doložit. **Přerušení poskytování zdravotních služeb na dobu delší než 3 pracovní dny je poskytovatel povinen písemně oznámit OZP** a dát na vědomí pojištěncům. Zastupováním není poskytování hrazených služeb přerušeno, a proto **zastupující poskytovatel nemůže vykazovat zdravotní služby zahrnuté do kapitační platby.** Pokud tak učiní, OZP tuto péči neuhradí.
- V čl. II. odst. 10.9. se **poskytovatel zavazuje neposkytovat informace o způsobu výpočtu úhrady a hodnocení nákladovosti, které jsou v dodatku sjednány, třetím osobám bez písemného svolení OZP.** Důvod navrhovaného ustanovení není zřejmý. OZP je subjektem hospodařícím s veřejnými prostředky a sjednaný způsob úhrady (úhradové dodatky) podléhají zveřejnění dle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to včetně příslušných příloh, ve kterých jsou sjednány bonifikace.

**OZP nabízí bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky podle příloh č. 1 dodatku + s ohledem na zajištění péče v regionu s objektivním nedostatkem PL a PLDD bude navíc Poskytovateli přiznána bonifikace ve výši 3,00 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce a 1 kalendářní měsíc.** Poskytovatelům doporučujeme se s obsahem přílohy seznámit.

Nad rámec úhradové vyhlášky je v dodatku dále sjednávána **bonifikace za používání antibiotik.** Poskytovatel, který předepsal v roce 2019 z celkového předepsaného objemu antibiotik 2/3 antibiotik ze skupiny penicilínů nebo aminopenicilinů, tj. z ATC skupiny J01CA a J01CE (do této skupiny se nepočítají potencované aminopeniciliny) anebo potencovaných aminopenicilinů. Takovému poskytovateli se **navyšší základní kapitační sazba o 2 Kč** (čl. II. odst. 10.8.)

V čl. II. odst. 13 dodatku **OZP garantuje neuplatnění regulačních mechanismů za zdravotnické prostředky předepsané pro inkontinentní pacienty a za vyžádanou péči v odbornosti 902 (fyzioterapie).** Zbytek regulačních mechanismů (léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádaná péče) odpovídá úhradové vyhlášce. OZP v dodatku garantuje možnost zohlednění důvodného nárůstu preskripce způsobeného předepisováním léčivých přípravků, u kterých došlo v důsledku dohody mezi poskytovatelem a OZP ke změkčení indikačních kritérií.

V závěrečných ustanoveních v čl. III. upozorňujeme na odstavce 7 a 8, podle kterých v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním, a písemnosti doručované v souvislosti s plněním smlouvy se

považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.

**Návrh dodatku obsahuje ustanovení nad rámec úhradové vyhlášky, která činí dodatek z hlediska úhrady výhodnějším nežli úhradová vyhláška. V tomto ohledu lze podepsání dodatku doporučit.**

Nutno dodat, že je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba doplnit, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednanou smlouvu, kterou lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. To platí jak pro úhradové podmínky, tak pro další obsah dodatku, který u OZP obsahuje nad rámec běžného obsahu úhradového dodatku i podmínky vykazování a úhrady hrazených služeb. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit.

### **Ambulantní specialisté:**

#### 1) Verze A-LIM 2021

**Návrh dodatku obsahuje oproti úhradové vyhlášce přísnější limitaci úhrady.**

Tato varianta dodatku OZP limituje úhradu pomocí úhradového vzorce. V porovnání s úhradovou vyhláškou **OZP v úhradovém vzorci nezohledňuje tzv. mimořádně nákladné pojištění.**

Absence finančního zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců může mít pro poskytovatele negativní dopad, resp. může znamenat, že poskytovatel obdrží dle dodatku nižší úhradu, nežli by obdržel dle úhradové vyhlášky. Jedná se zejména o poskytovatele, kteří v roce 2021 ošetří oproti roku 2019 vyšší počet mimořádně nákladných pojištěnců, resp. péče, kterou jim v roce 2021 poskytnou, významně překročí náklady na péči o mimořádně nákladné pojištění v roce 2019.

V návrhu dodatku je v článku II odst. 17 sice zakotven příslib, že v individuálních případech zvláštního zřetele hodných může OZP uznat námitky poskytovatele a úhradu navýšit nad sjednaný limit, nicméně nejedná se o závazek OZP k navýšení úhrady, nýbrž o příslib, že se OZP bude žádostí poskytovatele o navýšení úhrady zabývat. Kritéria, na základě kterých bude OZP žádosti posuzovat, bohužel nejsou známa.

Podstatným rozdílem oproti úhradové vyhlášce je i ustanovení dodatku, podle kterého se regulace PUREMENT neuplatní v případě, kdy poskytovatel ošetřil v **referenčním** období 100 a méně pojištěnců. Ve vyhlášce je naproti tomu zakotveno, že regulace PUREMENT se neuplatní v případě, kdy poskytovatel ošetřil v **referenčním nebo hodnoceném** období 100 a méně pojištěnců. **Pokud poskytovatel, který v roce 2019 ošetřil více než 100 URČ, dodatek OZP podepíše a v roce 2021 ošetří 100 a méně pojištěnců, bude úhrada zastropována PUREMENT, i když podle úhradové vyhlášky by byl hrazen výkonově bez regulace.**

**V dodatku oproti úhradové vyhlášce chybí úhradové zohlednění nových výkonů.** Úhradová vyhláška stanoví, že pokud poskytovatel nasmlouvá oproti referenčnímu období nové výkony a jejich vykazování způsobí překročení referenčního limitu (průměrné úhrady na pojištění), uhradí

zdravotní pojišťovna nové výkony nad rámec limitu úhrady s plnou hodnotou bodu. Toto ustanovení v dodatku chybí.

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou v dodatku zakotveny specifické bonifikace obsažené v čl. II. odst. 13 návrhu dodatku - bonifikace za pojištěnce s poruchou autistického spektra (200 Kč), bonifikace za komplexní roční péči o polymorbidního pacienta v ambulanci internisty (500 Kč), bonifikace za péči o diabetika a ambulanci diabetologa v souvislosti s nasazením první inzulinoterapie (1000 Kč), bonifikace za komplexní péči o pacienta se syndromem překryvu astmatu a CHOPN (ACOS) (500 Kč), bonifikace za včasné zařazení pacienta na čekací listinu k transplantaci ledviny (dle přílohy k dodatku – neobdrželi jsme).

Co se týče regulací za vyžádanou péči, léky a zdravotnické prostředky, stanoví dodatek **přísnější podmínky pro upuštění od regulací na základě námítky poskytovatele** (viz čl. II bod 12.6 návrhu dodatku). Úhradová vyhláška požaduje, aby poskytovatel odůvodnil „nezbytnost“ poskytnutí hrazených služeb, v jejichž důsledku došlo k překročení průměrných úhrad. Pokud poskytovatel toto zdůvodní, zdravotní pojišťovna nesmí regulaci uplatnit. OZP v dodatku sjednává, že poskytovatel musí **prokázat**, že k vykázání většího objemu léků, zdravotnických prostředků nebo vyžádané péče došlo „z nepředvídatelných a neovlivnitelných důvodů, které poskytovateli objektivně znemožnily dodržet smluvně dohodnutý objem“, přičemž OZP, pokud toto odsouhlasí, „**poměrně navýší referenční průměrné hodnoty**“, což nemusí znamenat, že úplně upustí od regulací.

V dodatku OZP **chybí** ustanovení úhradové vyhlášky, které garantuje, že zdravotní pojišťovna při uplatnění regulací za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči zohlední změnu nasmlouvaného rozsahu zdravotních služeb (např. navýšení počtu nositelů výkonů).

Na rozdíl od vyhlášky návrh dodatku stanoví, že regulace za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči budou uplatněny **souhrnně** za veškeré předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a veškerou vyžádanou péči bez ohledu na odbornost předepisujícího poskytovatele. Úhradová vyhláška pro rok 2021 proti tomu stanoví, že pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, vypočtou se regulační omezení pro každou odbornost zvlášť. Výhodnost obou variant musí posoudit každý poskytovatel individuálně.

Návrh dodatku nad rámec vyhlášky deklaruje, že regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky se neuplatní anebo se uplatní pouze z části v případě, že poskytovatel průkazně ve více než 50 % případů předepisuje léčivé přípravky uvedené na pozitivním listu OZP resp. Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

#### **Závěr:**

**Návrh dodatku stanoví jiný způsob limitace úhrady nežli úhradová vyhláška. Finanční dopad dodatku může být pro poskytovatele horší nežli úhradová vyhláška.**

Podpis dodatku nelze doporučit těm poskytovatelům, kteří v roce 2019 ošetřili více než 100 pojištěnců OZP, ale v roce 2021 lze předpokládat, že ošetří 100 a méně pojištěnců OZP, protože by byli regulováni úhradovým vzorcem, i když vyhláška je z regulace vyjímá.

Podpis tohoto typu dodatku, ve kterém je limitována celková úhrada úhradovým vzorcem, nelze doporučit těm poskytovatelům, kteří poskytují zdravotní služby v odbornostech, jejichž výkony mají být dle úhradové vyhlášky hrazeny výkonově (odbornost 305, 306, 308 a 309).

Podpis dodatku je rizikový pro poskytovatele, kteří nasmlouvali proti referenčnímu období nové výkony, jelikož dodatek na rozdíl od vyhlášky nezakotvuje nárok na úhradu nových výkonů nad rámec úhradového limitu, pokud vykazování nových výkonů způsobí překročení průměrné úhrady na pojištěnce. V případě, že poskytovatel má zájem dodatek podepsat, doporučujeme ověřit před jeho podpisem způsob úhrady nových výkonů, a to písemným dotazem na OZP.

**Dodatek lze podepsat kdykoli v průběhu roku. Poskytovatelé, kteří si nejsou finančním dopadem dodatku jistí, resp. nejsou schopni na začátku roku posoudit, zda je pro ně výhodnější výpočet úhrady dle dodatku nebo dle vyhlášky, mohou s podpisem dodatku vyčkat do doby, až bude možné finanční dopad dodatku posoudit (druhá polovina roku 2021). Právní úprava umožňuje úhradový dodatek uzavřít kdykoli v průběhu roku, podmínkou jeho účinnosti je zveřejnění dodatku do konce roku 2021. Zveřejnění zajišťuje zdravotní pojišťovna. Podepsaný dodatek je tedy třeba doručit OZP do konce roku s určitým předstihem tak, aby měla OZP časový prostor pro jeho zveřejnění.**

K podpisu dodatku OZP nutno doplnit, že OZP je jednou ze zdravotních pojišťoven, které odmítají zohledňovat námitky poskytovatelů proti vyúčtování, **pokud nebyl podepsán úhradový dodatek.** Jinými slovy, OZP tvrdí, že bez podpisu úhradového dodatku musí při vyúčtování postupovat striktně dle úhradové vyhlášky, přičemž jakékoli zohlednění nad rámec vyhlášky není možné. Byť se s touto argumentací neztotožňujeme, považujeme za potřebné o tomto poskytovatele informovat.

## 2) Verze A-VÚ

Tato verze dodatku zakotvuje výkonový způsob úhrady bez další regulace, přičemž hodnoty bodu odpovídají úhradové vyhlášce. Totéž platí i o podmínkách pro navýšení hodnoty bodu (diplom celoživotního vzdělávání, dodržení a rozložení ordinačních hodin).

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou **v dodatku zakotveny specifické bonifikace obsažené v čl. II. odst. 7 návrhu dodatku - bonifikace za pojištěnce s poruchou autistického spektra (200 Kč), bonifikace za komplexní roční péči o polymorbidního pacienta v ambulanci internisty (500 Kč), bonifikace za péči o diabetika a ambulanci diabetologa v souvislosti s nasazením první inzulinoterapie (1000 Kč), bonifikace za komplexní péči o pacienta se syndromem překryvu astmatu a CHOPN (ACOS) (500 Kč), bonifikace za včasné zařazení pacienta na čekací listinu k transplantaci ledviny (dle přílohy k dodatku – neobdrželi jsme).**

**V dodatku nejsou sjednávány žádné regulace za léky, zdravotnické prostředky, ZUM/ZULP ani za vyžádanou péči.**

V závěrečných ustanoveních v čl. III. upozorňujeme na odstavce 7 a 8, podle kterých v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním, a písemnosti doručované v souvislosti s plněním smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.

Návrh dodatku pro výkonovou úhradu garantuje výkonový způsob úhrady bez dalšího omezení s hodnotou bodu, kterou předpokládá úhradová vyhláška, včetně možného dalšího navýšení hodnoty bodu pro držitele diplomu ČŽV, nebo při splnění podmínek rozložení ordinační doby a

ordinačních hodin. Nad rámec vyhlášky obsahuje bonifikace, které nebude možné bez podpisu dodatku nárokovat. **Dodatek s výkonovým způsobem úhrady lze doporučit k podpisu.**

### **Gynekologové:**

#### 1) Verze GYN-LIM

Návrh dodatku v principu a ve způsobu limitace úhrady odpovídá úhradové vyhlášce.

Doporučujeme věnovat pozornost **Metodice – Organizace péče o těhotnou pojištěnku**, na kterou odkazuje čl. II. odst. 4 dodatku: hrazené zdravotní služby poskytované těhotným pojištěnkám budou hrazeny platbou za jednotlivé trimestry ve výši a za podmínek stanovených v uvedené metodice, která je nedílnou součástí dodatku.

**Nad rámec vyhlášky OZP v dodatku nabízí bonifikaci za kvalitu péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem** – viz příloha č. 1 k dodatku (odkaz v čl. II. odst. 7).

**Nad rámec vyhlášky nabízí OZP v dodatku bonifikaci ve výši 500,- Kč** za provedení každého výkonu č. 63063 – Kolposkopická expertíza, č. 63415 – Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče, č. 63701 – Vyšetření urogynekologem a č. 63703 – Ultrazvukové vyšetření urogynekologem.

**V dodatku není zakotveno, že limitace úhrady prostřednictvím úhradového vzorce se neuplatní v případě, kdy poskytovatel ošetří v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně pojištěnců.** Poskytovatel, který v roce 2019 nebo 2021 ošetřil/ošetří 50 nebo méně pojištěnců OZP, má být podle vyhlášky hrazen výkonově bez regulace úhradovým vzorcem. Dodatek však tento nárok nestanoví. Z uvedeného důvodu doporučujeme poskytovatelům, kteří ošetřují malý počet pojištěnců OZP, aby podpis dodatku z uvedeného důvodu zvažili.

**V dodatku oproti úhradové vyhlášce chybí úhradové zohlednění nových výkonů.** Úhradová vyhláška oproti dodatku stanoví, že pokud poskytovatel nasmlouvá oproti referenčnímu období nové výkony a jejich vykazování způsobí překročení referenčního limitu (průměrné úhrady na pojištěnce), uhradí zdravotní pojišťovna nové výkony nad rámec limitu úhrady s hodnotu bodu 1,- Kč. Toto ustanovení v dodatku chybí.

**V dodatku chybí ustanovení úhradové vyhlášky, že zdravotní pojišťovna zohlední vyšší průměrnou úhradu na ZUM a ZULP,** pokud poskytovatel prokáže, že k navýšení došlo v důsledku změny způsobu nebo výše úhrady ZUM/ZULP, nebo v důsledku změny struktury ošetřovaných pojištěnců.

V návrhu dodatku je v článku II odst. 18 sice zakotven příslib, že v individuálních případech zvláštního zřetele hodných může OZP uznat námitky poskytovatele a úhradu navýšit nad sjednaný limit, nicméně nejedná se o závazek OZP k navýšení úhrady, nýbrž o příslib, že se OZP bude žádostí poskytovatele o navýšení úhrady zabývat. Kritéria, na základě kterých bude OZP žádosti posuzovat, bohužel nejsou známa

Dodatek upřesňuje, že výkon 01543 – Epizoda péče/kontakt u pacientek v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře za 56 Kč (zakotveno i ve vyhlášce), lze vykázat s vyšetřením, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního

vyšetření, nebo dále pak s výkonem preventivní prohlídky a v rámci vyšetření v prenatalní poradně. Dále příslušné ustanovení (čl. II odst. 9).

Co se týče regulací za vyžádanou péči, léky a zdravotnické prostředky, stanoví dodatek **přísnější podmínky pro upuštění od regulací na základě námitky poskytovatele** (viz čl. II bod 13.6 návrhu dodatku). Úhradová vyhláška požaduje, aby poskytovatel odůvodnil „nezbytnost“ poskytnutí hrazených služeb, v jejichž důsledku došlo k překročení průměrných úhrad. Pokud poskytovatel toto zdůvodní, zdravotní pojišťovna nesmí regulaci uplatnit. OZP v dodatku sjednává, že poskytovatel musí **prokázat**, že k vykazání většího objemu léků, zdravotnických prostředků nebo vyžádané péče došlo „**z nepředvídatelných a neovlivnitelných důvodů, které poskytovateli objektivně znemožnily dodržet smluvně dohodnutý objem**“, přičemž OZP, pokud toto odsouhlasí, „**poměrně navýší referenční průměrné hodnoty**“, což nemusí znamenat, že úplně upustí od regulací.

V závěrečných ustanoveních v čl. III. upozorňujeme na odstavce 7 a 8, podle kterých v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním, a písemnosti doručované v souvislosti s plněním smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.

#### **Závěr:**

**Návrh dodatku se odlišuje od úhradové vyhlášky a finanční dopad dodatku může být pro některé poskytovatele horší nežli úhradová vyhláška.**

Podpis dodatku nelze doporučit těm poskytovatelům, kteří v roce 2019 nebo 2021 ošetřili/ošetří 50 a méně pojištěnců OZP, protože by byli regulováni úhradovým vzorcem, i když vyhláška je z regulace vyjímá.

Podpis dodatku je rizikový pro poskytovatele, kteří nasmlouvali proti referenčnímu období nové výkony, jelikož dodatek na rozdíl od vyhlášky nezakotvuje nárok na úhradu nových výkonů nad rámec úhradového limitu, pokud vykazování nových výkonů způsobí překročení průměrné úhrady na pojištěnce. V případě, že poskytovatel má zájem dodatek podepsat, doporučujeme ověřit před jeho podpisem způsob úhrady nových výkonů, a to písemným dotazem na OZP.

**Dodatek lze podepsat kdykoli v průběhu roku. Poskyvatelé, kteří si nejsou finančním dopadem dodatku jistí, resp. nejsou schopni na začátku roku posoudit, zda je pro ně výhodnější výpočet úhrady dle dodatku nebo dle vyhlášky, mohou s podpisem dodatku vyčkat do doby, až bude možné finanční dopad dodatku posoudit (druhá polovina roku 2021). Právní úprava umožňuje úhradový dodatek uzavřít kdykoli v průběhu roku, podmínkou jeho účinnosti je zveřejnění dodatku do konce roku 2021, které zajišťuje zdravotní pojišťovna. Podepsaný dodatek je tedy třeba doručit OZP do konce roku s určitým předstihem tak, aby měla OZP časový prostor pro jeho zveřejnění.**

K podpisu dodatku OZP nutno doplnit, že OZP je jednou ze zdravotních pojišťoven, které odmítají zohledňovat námitky poskytovatelů proti vyúčtování, **pokud nebyl podepsán úhradový dodatek**. Jinými slovy, OZP tvrdí, že bez podpisu úhradového dodatku musí při vyúčtování postupovat striktně dle úhradové vyhlášky, přičemž jakékoli zohlednění nad rámec vyhlášky není možné. Byť se s touto argumentací neztotožňujeme, považujeme za potřebné o tomto poskytovatele informovat.



## b) Verze GYN-VÚ

Tato verze zakotvuje výkonový způsob úhrady, přičemž základní hodnota bodu odpovídá úhradové vyhlášce (1,07 Kč). Totéž platí i o dalších navýšeních (diplom celoživotního vzdělávání, dodržení a rozložení ordinačních hodin, certifikát ISO).

V návrhu tohoto typu dodatku nejsou sjednávány žádné regulační mechanismy, tj. ani limitace maximální úhradou dle referenčního období, ani regulační omezení za překročení limitu léky, zdravotnické prostředky nebo vyžádanou péči.

Doporučujeme věnovat pozornost **Metodice – Organizace péče o těhotnou pojištěnku**, na kterou odkazuje čl. II. odst. 4 dodatku: hrazené zdravotní služby poskytované těhotným pojištěnkám budou hrazeny platbou za jednotlivé trimestry ve výši a za podmínek stanovených v uvedené metodice, která je nedílnou součástí dodatku.

**Nad rámec vyhlášky OZP v dodatku nabízí bonifikaci za kvalitu péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem** – viz příloha č. 1 k dodatku (odkaz v čl. II. odst. 5).

**Nad rámec vyhlášky nabízí OZP v dodatku bonifikaci ve výši 500,- Kč** za provedení každého výkonu č. 63063 – Kolposkopická expertíza, č. 63415 – Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče, č. 63701 – Vyšetření urogynékologem a č. 63703 – Ultrazvukové vyšetření urogynékologem.

Dodatek upřesňuje, že výkon 01543 – Epizoda péče/kontakt u pacientek v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře za 56 Kč (zakotveno i ve vyhlášce), lze vykázat s vyšetřením, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření, nebo dále pak s výkonem preventivní prohlídky a v rámci vyšetření v prenatální poradně.

V závěrečných ustanoveních v čl. III. upozorňujeme na odstavce 7 a 8, podle kterých v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním, a písemnosti doručované v souvislosti s plněním smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.

Návrh dodatku pro výkonovou úhradu garantuje stejnou hodnotu bodu jako úhradová vyhláška, neobsahuje regulace a nad rámec výkonové úhrady nabízí další navýšení úhrady formou bonifikací. V tomto ohledu je **návrh úhradového dodatku GYN-VÚ 2021 výhodnější nežli úhradová vyhláška a lze jej doporučit k podpisu.**

Za právní kancelář ČLK  
MUDr. Mgr. Dagmar Záleská  
Mgr. Bc. Miloš Máca