

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům ZPMV pro rok 2021

1) Praktičtí lékaři:

Dodatek ve způsobu úhrady koresponduje s úhradovou vyhláškou, nad rámec vyhlášky umožňuje další navýšení úhrady.

Čl. 1 část A odst. 5) až 7) obsahují upřesňující ustanovení k hodnocení splnění bonifikačních podmínek pro úhradovou vyhláškou garantované navýšení základní kapitační sazby (obdobně i u hodnoty bodu v čl. 1 část B odst. 6) písm. a):

- U základní kapitační sazby 56 Kč je v dodatku nad rámec vyhlášky doplněno, že tato sazba bude hrazena poskytovateli, který poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům Pojišťovny objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu, **a to v minimálním rozsahu dvakrát tři hodiny v týdnu.**
- doklad o celoživotním vzdělávání musí být platný po celou dobu roku 2021, stav se posuzuje k 1.1.2021 a předmětné diplomy musí být ZPMV dodány nejpozději do 31.1.2021. Podmínka je dle dodatku dodržena i v případě, kdy poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti diplomu ČŽV doručí ZPMV nový doklad, jehož platnost bude navazovat na původní doklad. V případě nově vzniklých poskytovatelů budou kritéria posuzována k 31.12.2021.
- K diplomům ČŽV je v čl. 1 část A odst. 7) navíc ještě deklarováno, že s ohledem na mimořádnou situaci související s onemocněním COVID-19, kdy Poskytovatel nemohl z objektivních důvodů získat potřebné kredity pro přiznání dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů pro rok 2021, je Pojišťovna připravena pro hodnocené období podmínku doložení diplomu celoživotního vzdělávání **mimořádně akceptovat** jako splněnou dle stavu poskytovatelem pojišťovně platně **doložených dokladů o celoživotním vzdělávání lékařů vystavených pro rok 2020.**

Dodatek stanoví oproti vyhlášce **vyšší hodnotu bodu 1,17 Kč** (ve vyhlášce 1,16 Kč) pro výkony 01201, 01021, 01022, 01186, 01188, 01204, 15118 a 15119 a výkony očkování 02100, 02130, 02105 s 02125.

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou stanoveny podmínky úhrady výkonů očkování 02105 s 02125 (čl. 1 část B odst. 4) dodatku). Doporučujeme poskytovatelům se s těmito podmínkami před podpisem dodatku seznámit.

Nad rámec vyhlášky umožňuje dodatek **další navýšení základní sazby kapitační platby (o 0,50 – 2,50 Kč)**, a to na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotních služeb poskytnutých poskytovatelem registrovaným pojištěncům ZPMV. Podmínkou pro zařazení do vyhodnocení je alespoň 50 registrovaných pojištěnců ZPMV. Systém hodnocení je popsán v článku 2 část B dodatku.

Dodatek v souladu s vyhláškou zakotvuje bonifikaci za udělenou akreditaci MZ ČR pro vzdělávací program v oboru všeobecné praktické lékařství (článek 2 část C odst. 1) - zvýšení základní sazby kapitační platby o 1 Kč. Nad rámec vyhlášky je zakotvena

bonifikace za fyzický pobyt školence na pracovišti (článek 2 část C odst. 2) – zvýšení kapitační platby **o 4 Kč**.

V článku 3 odst. 2 dodatek zakotvuje nad rámec vyhlášky **další bonifikaci za výkon minimálně 10 lékařských pohotovostních služeb**, a to jednorázovou roční úhradu **2000 Kč** pro poskytovatele s hodnotou koeficientu $K = 0,2$ a **1000 Kč** pro poskytovatele s hodnotou koeficientu $K = 0,1$.

Nad rámec vyhlášky je v čl. 3 odst. 3 zakotvena **bonifikace za návštěvní službu ve výši 200 Kč** za jednoho pacienta, u něhož byla návštěvní služba provedena a v hodnoceném období vykázán některý z výkonů nezahrnutých do kapitační platby. Podmínkou je, že návštěvní služba a vykázání „mimokapitačního“ výkonu musí být provedeno nejméně u 3 % a nejvýše u 30 % registrovaných pacientů ZPMV.

Nad rámec vyhlášky je v čl. 4 zakotvena **bonifikace za očkování proti chřipce** (50 Kč za jednoho pacienta staršího 65 let, je-li očkování provedeno alespoň u 10 % těchto pacientů) a **za screening kolorektálního karcinomu** (70 Kč za jednoho pacienta ve věku 50-80 let, je-li tento výkon proveden alespoň u 20 % těchto pacientů).

Nad rámec vyhlášky je zakotvena **další bonifikace za péči o chronické pacienty** s hypertenzí (bonifikace 350 Kč na dispenzarizovaného pacienta), diabetem (350 Kč na dispenz. pacienta) a dyslipidemií (rovněž 350 Kč na dispenz. pacienta) – konkrétní podmínky viz článek 5 dodatku. Finanční vypořádání těchto bonifikací bude realizováno do 30.6.2022.

V podmínkách pro dorovnání kapitace u malých praxí (méně než 70 % celostátního průměru registrovaných pojištěnců) v článku 6 je obsažena nad rámec úhradové vyhlášky definice jednicového registrovaného pojištěnce: *Jednicovým registrovaným pojištěncem se rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby hrazených služeb. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.*

V článku 7 je obsažena **další bonifikace** pro poskytovatele, kteří alespoň u 80 % svých pracovišť (posuzováno dle stavu k 1. 1. 2021) v rozsahu alespoň 5 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin, hrazené služby jsou zajišťovány minimálně 2 nositeli výkonů a umožňuje pojištěncům ZPMV objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu, a to v minimálním rozsahu dvakrát tři hodiny v týdnu. Základní kapitační platba bude v tomto případě **navýšena o 6 Kč**.

V oblasti regulačních srážek je plně odkazováno na text úhradové vyhlášky.

Návrh dodatku obsahuje bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. V tomto ohledu lze uzavření úhradového dodatku doporučit.

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) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit.

Úhradový dodatek může být uzavřen kdykoli v průběhu roku 2021, přičemž podmínkou jeho účinnosti je jeho zveřejnění nejpozději do 31.12.2021. Zveřejnění dodatku zajišťují zdravotní pojišťovny. V návrhu dodatku ZPMV je uvedeno, že podepsaný dodatek je třeba vrátit do pojišťovny nejpozději do 30.11.2021.

2) Praktičtí lékaři pro děti a dorost:

Dodatek ve způsobu úhrady koresponduje s úhradovou vyhláškou, nad rámec vyhlášky umožňuje další navýšení úhrady.

Čl. 1 část A odst. 5) až 7) obsahují upřesňující ustanovení k hodnocení splnění bonifikačních podmínek pro úhradovou vyhláškou garantované navýšení základní kapitační sazby (obdobně i u hodnoty bodu v čl. 1 část B odst. 7 písm. a):

- doklad o celoživotním vzdělávání musí být platný po celou dobu roku 2021, stav se posuzuje k 1.1.2021 a předmětné diplomy musí být ZPMV dodány nejpozději do 31.1.2021. Podmínka je dle dodatku dodržena i v případě, kdy poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti diplomu ČŽV doručí ZPMV nový doklad, jehož platnost bude navazovat na původní doklad. V případě nově vzniklých poskytovatelů budou kritéria posuzována k 31.12.2021.
- K diplomům ČŽV je v čl. 1 část A odst. 7 navíc ještě deklarováno, že s ohledem na mimořádnou situaci související s onemocněním COVID-19, kdy Poskytovatel nemohl z objektivních důvodů získat potřebné kredity pro přiznání dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů pro rok 2021, je Pojišťovna připravena pro hodnocené období podmínku doložení diplomu celoživotního **vzdělávání mimořádně akceptovat jako splněnou dle stavu poskytovatelem pojišťovně platně doložených dokladů o celoživotním vzdělávání lékařů vystavených pro rok 2020.**

Dodatek stanoví oproti vyhlášce **vyšší hodnotu bodu 1,17 Kč** (ve vyhlášce 1,16 Kč) pro výkony 01021, 01022, 01204, 01201¹, 01186¹, 01188¹, 02021, 02022, 02031, 02032, 02037, 02039, 02160, 02161, 15118¹, 15119¹ a výkony očkování 02100 a 02130, 02105 s 02125.

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou stanoveny podmínky úhrady výkonů očkování 02105 s 02125 (čl. 1 část B odst. 5 dodatku). Doporučujeme poskytovatelům se s těmito podmínkami před podpisem dodatku seznámit.

Nad rámec vyhlášky dodatek obsahuje možnost bonifikace v podobě **navýšení základní kapitační platby o 1,50 Kč** v případě, kdy poskytovatel provede v hodnoceném období

¹ Pouze pro Poskytovatele s nasmlouvaným souběhem odb. 001

preventivní prohlídku alespoň u 45 % pojištěnců ZPMV. Finanční vypořádání této bonifikace bude realizováno do 30.6.2022.

Nad rámec vyhlášky umožňuje dodatek **další navýšení základní sazby kapitační platby (o 0,50 – 2,50 Kč)**, a to na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotních služeb poskytnutých poskytovatelem registrovaným pojištěncům ZPMV. Podmínkou pro zařazení do vyhodnocení je alespoň 50 registrovaných pojištěnců ZPMV. Systém hodnocení je popsán v článku 2 část B dodatku.

Dodatek v souladu s vyhláškou zakotvuje bonifikaci za udělenou akreditaci MZ ČR pro vzdělávací program v oboru všeobecné praktické lékařství (článek 2 část C odst. 1) - zvýšení základní sazby kapitační platby o 1 Kč. Nad rámec vyhlášky je zakotvena **bonifikace za fyzický pobyt školence na pracovišti** (článek 2 část C odst. 2) – zvýšení kapitační platby o 4 Kč.

V článku 3 odst. 2 dodatek zakotvuje nad rámec **vyhlášky další bonifikaci za výkon minimálně 10 lékařských pohotovostních služeb**, a to jednorázovou roční úhradu **2000 Kč** pro poskytovatele s hodnotou koeficientu $K = 0,2$ a **1000 Kč** pro poskytovatele s hodnotou koeficientu $K = 0,1$.

Nad rámec vyhlášky je v čl. 3 odst. 3 zakotvena **bonifikace za návštěvní službu ve výši 200 Kč** za jednoho pacienta, u něhož byla návštěvní služba provedena a v hodnoceném období vykázan některý z výkonů nezahrnutých do kapitační platby. Podmínkou je, že návštěvní služba a vykázaní „mimokapitačního“ výkonu musí být provedeno nejméně u 3 % a nejvýše u 30 % registrovaných pacientů ZPMV.

V čl. 4 je obsažena úhradovou vyhláškou negarantovaná **bonifikace za očkování dětí do 1 roku věku**. Podmínkou je provedení pravidelného očkování pod výkonem 02105 a věk dítěte nejvýše 364 dnů. Bonifikace činí **200 Kč** za jedno takové očkování a finanční vypořádání této bonifikace bude realizováno do 30.6.2022.

V podmínkách pro dorovnání kapitace u malých praxí (méně než 70 % celostátního průměru registrovaných pojištěnců) v článku 5 je obsažena nad rámec úhradové vyhlášky definice jednicového registrovaného pojištěnce: *Jednicovým registrovaným pojištěncem se rozumí pojištěnec věkové skupiny 15 až 19 let, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby hrazených služeb. Počet jednicových registrovaných pojištěnců se vypočte vynásobením počtu registrovaných pojištěnců věkovým indexem dané skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.*

V článku 6 je obsažena **další bonifikace** pro poskytovatele, kteří alespoň u 80 % svých pracovišť (posuzováno dle stavu k 1. 1. 2021) v rozsahu alespoň 50 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin, hrazené služby jsou zajišťovány minimálně 2 nositeli výkonů a umožňuje pojištěncům ZPMV objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu, a to v minimálním rozsahu dvakrát tři hodiny v týdnu. Základní kapitační platba bude v tomto případě **navýšena o 6 Kč**.

V oblasti regulačních srážek je plně odkazováno na text úhradové vyhlášky.

Návrh dodatku obsahuje bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. V tomto ohledu lze podepsání dodatku doporučit.

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) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

Úhradový dodatek může být uzavřen kdykoli v průběhu roku 2021, přičemž podmínkou jeho účinnosti je jeho zveřejnění nejpozději do 31.12.2021. Zveřejnění dodatku zajišťují zdravotní pojišťovny. V návrhu dodatku ZPMV je uvedeno, že podepsaný dodatek je třeba vrátit do pojišťovny nejpozději do 30.11.2021.

3) Ambulantní specialisté:

Hodnocený dodatek ZPMV pro ambulantní specialisty, co se týče hodnoty bodu, regulačního vzorce, bonifikačních kritérií, i co se týče regulací za léky, zdravotnické prostředky, vyžádanou péči a ZUM/ZULP, v principu odpovídá úhradové vyhlášce.

ZPMV předkládá poskytovatelům dvě verze dodatku, které se liší pouze ve způsobu určení předběžné měsíční úhrady – 1. verzi se zálohovými platbami (předběžná měsíční úhrada) ve výši skutečné hodnoty vykázané a uznané péče a 2. verzi se zálohovými platbami (předběžná měsíční úhrada) prováděnými paušální platbou vypočtenou dle úhradové vyhlášky pro rok 2021. Oba typy zálohových plateb budou vyúčtovány po skončení roku 2021 v rámci konečného vyúčtování do 31.5.2022.

Hodnoty bodu uvedené v dodatku, včetně jejich navýšení (článek 1 odst. 1 až 4) odpovídají úhradové vyhlášce.

Upozorňujeme, že dodatek **modifikuje negativní způsobem zohlednění nových výkonů v úhradě**. Úhradová vyhláška předpokládá, že pokud poskytovatel nasmlouvá nové výkony a ty navýší průměrnou nákladovost vykázané péče, budou nové výkony uhrazeny nad rámec limitu, včetně ZUM a ZULP, a to s plnou hodnotou bodu, včetně navýšení hodnoty bodu při splnění bonifikačních podmínek (diplom CŽV, ordinační doba atd.). Navržený dodatek upravuje podmínky úhrady nových výkonů jinak, když stanoví, že pojišťovna nárůst průměrné úhrady na URČ v důsledku nových výkonů **případně** zohlední v rámci celkového vyúčtování. V dodatku je tedy sjednáno, že navýšení úhrady při nasmlouvání nových výkonů je ponecháno na uvážení zdravotní pojišťovny.

Nad rámec úhradové vyhlášky obsahuje dodatek **bonifikace za ošetřování chronicky nemocných pacientů, konkrétně pacientů s hypertenzí, diabetem nebo dyslipidemií** (čl. 2 dodatku).

Nad rámec vyhlášky je v dodatku zakotveno, že výpočet celkové výše úhrady se nepoužije pro poskytovatele, který ukončí činnost v průběhu roku 2021.

V oblasti regulací je plně odkazováno na text úhradové vyhlášky s tím, že uplatnění regulačních opatření předjedná ZPMV se zástupci segmentu ambulantní specializované péče.

Návrh dodatku obsahuje bonifikace pro poskytovatele pečující o pacienty s vybranými chronickými diagnózami. Pro poskytovatele, kteří mají nárok na tyto bonifikace, je dodatek výhodnější nežli úhradová vyhláška. Pro ostatní platí, že dodatek není méně výhodný nežli úhradová vyhláška. U poskytovatelů, kteří od 1.1.2021 vykazují nové výkony, doporučujeme s podpisem dodatku počkat do druhé poloviny roku, až bude zřejmé, jak se nové výkony v úhradě projeví. Pokud se navýší průměrný objem péče na URČ v důsledku vykazování nových výkonů, pak doporučujeme před podpisem dodatku zjistit, jak ZPMV toto navýšení úhradově zohlední, a tento postup porovnat s úhradovou vyhláškou, která zakotvuje dostatečně určitý postup výpočtu úhrady nových výkonů, jak je uvedeno výše.

Dodatek nad rámec úhradové vyhlášky obsahuje ustanovení, kde je sjednáno právo poskytovatele, u kterého dojde ke změně struktury a podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, podat žádost o navýšení úhrady nad sjednaný limit. Žádost musí být podána do 30 dnů po obdržení vyúčtování roku 2021 s tím, že ZPMV může na základě této žádosti celkovou úhradu navýšit. Toto ustanovení v úhradové vyhlášce obsaženo není a lze jej chápat jako garanci prostoru pro jednání o navýšení úhrady zejména v případě nespravedlivého dopadu regulačních mechanismů na poskytovatele, kterým jako smluvní poskytovatel objektivně nemohl zabránit. O navýšení objemu péče nebo o změně struktury poskytované péče oproti referenčnímu období je vhodné zdravotní pojišťovny informovat již v průběhu roku, resp. bezprostředně po té, co ke změně dojde.

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) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

Úhradový dodatek může být uzavřen kdykoli v průběhu roku 2021, přičemž podmínkou jeho účinnosti je jeho zveřejnění nejpozději do 31.12.2021. Zveřejnění dodatku zajišťují zdravotní pojišťovny. V návrhu dodatku ZPMV je uvedeno, že podepsaný dodatek je třeba vrátit do pojišťovny nejpozději do 30.11.2021.

4) Gynekologové:

ZPMV předložila ČLK pro ambulantní gynekology dvě verze vzorových dodatků, jeden spočívá v předběžné měsíční úhradě prováděné výkonově na základě vykázaných dávek zálohovou hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč, druhý spočívá v předběžné měsíční úhradě paušálně, a to ve výši 1/12 ze 111 % objemu úhrady poskytovateli v roce 2019. Jinak se texty obou verzí dodatků neliší, algoritmy výpočtu vyúčtování jsou pro oba typy předběžných úhrad totožné.

Obě verze byly z naší strany posuzovány a jsou přiloženy jako vzor. V obou případech bude provedeno obvyklé finanční vypořádání po skončení roku 2021, konkrétně do 31.5.2022

Hodnoty bodu uvedené v dodatku, včetně jejich navýšení odpovídají úhradové vyhlášce.

Odlišně od úhradové vyhlášky je upraven článek 1 odst. 3, který zní: V případě, že Poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. alespoň u 50 % pojištěnek Pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31. 12. 2021, bude mu za výkon č. 63021 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytnuta bonifikace ve výši 220 Kč a za výkon č. 63050 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. bonifikace ve výši Kč 140 Kč. Pokud by se v důsledku epidemiologické situace celostátně snížila účast pojištěnců Pojišťovny na preventivních prohlídkách, Pojišťovna se zavazuje tuto skutečnost po předchozím projednání se zástupci SSG ČR zohlednit. Preventivní prohlídky jsou tedy dle návrhu dodatku hodnoceny paušálně, nikoliv pomocí koeficientů, jak stanoví úhradová vyhláška.

Ohodnocení péče o těhotné pojištěnky v článku 1 odst. 4 rovněž odpovídá úhradové vyhlášce, avšak dodatek v článku 2 obsahuje nad rámec vyhlášky metodiku organizace péče o těhotné pojištěnky. Doporučujeme poskytovatelům, aby se s touto metodikou důkladně seznámili.

Vzorec výpočtu celkové výše úhrady (limitu) v článku 1 odst. 5 odpovídá úhradové vyhlášce.

Dodatek oproti vyhlášce stanoví jinak hodnoty koeficientu IGV, když zahrnuje i bonifikaci za podíl těhotných pojištěnek registrovaných u poskytovatele s vykázaným genetickým vyšetřením do 20% (hodnota indexu 0,02). Úhradová vyhláška obsahuje pouze malus za vysoký podíl genetických vyšetření u těhotných.

Na rozdíl od vyhlášky dodatek stanoví, že indexy IGV a IUV se nepoužijí, pokud počet těhotných pojištěnek ZPMV registrovaných u poskytovatele je v roce 2021 menší než 10. Vyhláška oproti tomu stanoví hranici 1,5% těhotných z celkového počtu registrovaných pojištěnek v roce 2021, což může být pro některé poskytovatele výhodnější.

Nad rámec vyhlášky je v dodatku zakotveno, že výpočet celkové výše úhrady se nepoužije pro poskytovatele, který ukončí činnost v průběhu roku 2021. Podle čl. 5 odst. 6 bude vykázané péče hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,07 Kč.

V dodatku je zakotvena úhrada výkonu 01543 ve výši 56,55 Kč (ve vyhlášce 56 Kč).

Další bonifikace obsahuje článek 3 návrhu dodatku, týká se především specializovaných zdravotních služeb (screeningové programy atd.)

Dodatek oproti vyhlášce **neobsahuje ustanovení o úhradovém zohlednění nových výkonů**. Ve vyhlášce je zakotveno právo poskytovatele na úhradu nových výkonů nad rámec limitu, pokud nové výkony způsobí navýšení průměrné úhrady na URČ. Nové výkony mají být dle vyhlášky hrazeny s hodnotou bodu 1 Kč.

V oblasti regulací je plně odkazováno na text úhradové vyhlášky (článek 4).

Nutno upozornit na článek 6, který jde nad rámec úhradové vyhlášky a obsahuje ujednání, že poskytovatel se v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, v platném znění a

Datovým rozhraním zavazuje předávat ZPMV na elektronickém nosiči seznam nově registrovaných pojištěnek Pojišťovny, které se u něho registrují, a dále průběžnou aktualizaci údajů o změnách v registraci. Nebudou-li tyto údaje poskytovatelem ZPMV předány nejpozději do 31.3.2022, je ZPMV oprávněna neuhradit, resp. omezit poskytovateli platby s vazbou na podmínku registrace. V případě, že ZPMV zjistí, že poskytovatel vybral od pojišťovny ZPMV poplatek za provedení screeningového vyšetření, bude toto považováno za porušení podmínek upravených smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Návrh dodatku obsahuje bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. V tomto ohledu lze podepsání dodatku doporučit. Podpis dodatku doporučujeme zvážit poskytovatelům vykazujícím v roce 2021 nové výkony.

Je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace ad rámec vyhlášky 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) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

S podpisem dodatku ZPMV nemusí poskytovatel pospíchat. V návrhu dodatku je uvedeno, že podepsaný dodatek je třeba vrátit do pojišťovny nejpozději do 30.11.2021. Poskytovatel by tedy měl dodatek podepsat až ve chvíli, kdy si bude jistý jeho finančním dopadem. Ke konci listopadu daného roku již řada poskytovatelů dokáže finanční dopad regulačního vzorce zhodnotit. Nutno uvést, že dodatek pro ambulantní gynekology obsahuje ustanovení čl. 5 odst. 7, kde je sjednáno právo poskytovatele, u kterého dojde ke změně struktury a podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, podat žádost o navýšení úhrady nad sjednaný limit. Žádost musí být podána do 30 dnů po obdržení vyúčtování roku 2021 s tím, že ZPMV může na základě této žádosti celkovou úhradu navýšit. Toto ustanovení v úhradové vyhlášce obsaženo není. Předmětné ustanovení je bohužel velmi vágní a fakticky nezakotvuje nárok na navýšení úhrady, ale pouze nárok na posouzení žádosti. Z právního hlediska tedy nelze konstatovat, že podpisem dodatku s tímto ustanovením má poskytovatel nárok na úhradu nad stanovený limit, pokud navýšení objemu péče zdůvodní. Vždy je vhodné s pojišťovnou jednat o navýšení úhrady bezprostředně po té, kdy se smluvní poskytovatel dozví o nedostatečnosti úhrady, pokud bude vypočtena dle vyhlášky nebo dodatku, tj. nejlépe již v průběhu daného roku.

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