

Úhradové dodatky 2019

Ambulantní specialisté

Úhradová vyhláška:

Výkonový způsob úhrady

- Poskytovatelé v odbornosti 305 (psychiatrie), 306 (dětská a dorostová psychiatrie), 307 (návykové nemoci) a 308 (sexuologie) základní hodnota bodu **1,07 Kč**
- Poskytovatelé v odbornosti 901 – klinická psychologie nebo v odbornosti 931 a pro hrazené služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 vykázané v souvislosti s výkony odbornosti 910 – psychoterapie společně s ošetrovacím dnem denního stacionáře - základní hodnota bodu **1,11 Kč**
- Poskytovatelé v odbornosti 927 – ortoptista, 905 – zrakový terapeut a 919 – adiktolog - základní hodnota bodu **1,02 Kč**
- Výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 poskytované poskytovateli v odbornosti 403 – radiační onkologie - základní hodnota bodu **0,70 Kč**
- Výkony č. 43652 a 43653 poskytované poskytovateli v odbornosti 403 – radiační onkologie - základní hodnota bodu **1,02 Kč**
- Výkony č. 75347, 75348 a 75427 poskytované poskytovateli v odbornosti 705 – oftalmologie - základní hodnota bodu **0,70 Kč**
- Výkony č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta poskytované poskytovateli v odbornosti gastroenterologie - základní hodnota bodu **1,09 Kč** a výkony novorozeneckého screeningu č. 73028 a 73029 poskytované poskytovateli v odbornosti 701 nebo 702 - základní hodnota bodu **1,02 Kč**

Základní hodnota bodu může být navýšena až o 0,03 Kč. Konkrétně o 0,01 Kč u poskytovatele, u něhož je alespoň 50% nositelů výkonů držiteli diplomu celoživotního vzdělávání, o dalších 0,01 Kč u poskytovatelů, kteří mají ordinační hodiny v rozsahu alespoň 30 hodin týdně (nebo min. 24 hodin týdně u operačních oborů) rozvrženy do 5 pracovních dnů, a o dalších 0,01 Kč u poskytovatelů, kteří mají alespoň dva dny v týdnu ordinační dobu do 18. hod, nebo alespoň dva dny v týdnu ordinační dobu od 7.00 hod, nebo alespoň jeden den v týdnu od 7.00 hod a zároveň alespoň jeden den v týdnu do 18.00 hod.

Ostatní poskytovatelé:

Hodnota bodu v **základní výši 1,06 Kč**, s výjimkou výkonu č. 89312 (denzitometrie dvoufotonová), pro který se stanoví **základní hodnota bodu 1,02 Kč**.

Základní hodnota bodu může být navýšena až na 1,09 Kč, resp. na 1,05 Kč u výkonu 89312. Konkrétně se základní hodnota bodu navýší následovně:

- a) o 0,01 Kč, pokud poskytovatel doloží, že alespoň 50% nositelů výkonů je držiteli platného diplomu celoživotního vzdělávání k 1.1.2019,

- b) o 0,01 Kč, pokud poskytovatel poskytuje zdravotní služby v dané odbornosti v rozsahu alespoň 30 hodin týdně (nebo min. 24 hodin týdně u operačních oborů) rozvržených do 5 pracovních dnů,
- c) o 0,01 Kč, pokud poskytovatel má alespoň dva dny v týdnu ordinační dobu do 18. hod, nebo alespoň dva dny v týdnu ordinační dobu od 7.00 hod, nebo alespoň jeden den v týdnu od 7.00 hod a zároveň alespoň jeden den v týdnu do 18.00 hod.

Limitace úhrady dle vzorce:

$$(1,03+KN) \times (POPzpoZ \times PUROo + \max[PUROo \times POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

Koeficient navýšení (KN) se použije při splnění následujících podmínek a je součtem následujících koeficientů (maximální hodnota KN je 0,06):

- 0,02, pokud poskytovatel doloží, že alespoň 50% nositelů výkonů je držiteli platného diplomu celoživotního vzdělávání k 1.1.2019,
- 0,02, pokud poskytovatel poskytuje zdravotní služby v dané odbornosti v rozsahu alespoň 30 hodin týdně (nebo min. 24 hodin týdně u operačních oborů) rozvržených do 5 pracovních dnů,
- 0,02, pokud poskytovatel má alespoň dva dny v týdnu ordinační dobu do 18. hod, nebo alespoň dva dny v týdnu ordinační dobu od 7.00 hod, nebo alespoň jeden den v týdnu od 7.00 hod a zároveň alespoň jeden den v týdnu do 18.00 hod.

Výkonově bez omezení úhrady dle uvedeného vzorce budou hrazeny zdravotní služby poskytnuté zahraničním pojištěncům. Regulace objemu úhrady se neuplatní ani u poskytovatelů, kteří v roce 2017 nebo 2019 v rámci jedné odbornosti ošetřili nebo ošetří 50 a méně unikátních pojištěnců dané zdravotní pojišťovny při nasmlouvané kapacitě nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost. Pokud poskytovatel splní podmínky pro navýšení hodnoty bodu uvedené shora v bodě A písm. a) až c), navýší se statisticky nevýznamných počet unikátních pojištěnců (50) o 10 za každou splněnou podmínku, tj. na 60, 70, resp. 80 pojištěnců, podle toho, kolik podmínek je současně splněno. V obou uvedených případech se výkony hradí s hodnotou bodu dle bodu A.

Za každou vystavenou a zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, obdrží poskytovatel úhradu ve výši **1,70 Kč**.

Limit kompenzace za zrušené regulační poplatky (výkon 09543) je vázán na rok 2017, tj. poskytovatel obdrží maximálně **třicetinasobek počtu výkonů 09543, které vykázal v roce 2017**.

Co se týče regulačních omezení za léky, zdravotnické prostředky, vyžádanou péči, ZUM a ZULP, toleruje se překročení referenční průměrné úhrady na URČ **max. o 2%** (limit 102%). Hranice statisticky nevýznamného počtu ošetřených pojištěnců se stejně jako v roce 2018 stanoví na **100** při úvazku nejméně 30 ordinačních hodin týdně, kdy zdravotní pojišťovna při ošetření 100 a méně pojištěnců nebude v předmětné odbornosti regulační srážku vypočítávat. V případě, že poskytovatel doloží, že alespoň 50% nositelů výkonů je držiteli diplomu celoživotního vzdělávání, nebo pokud poskytovatel poskytuje zdravotní služby v dané odbornosti v rozsahu alespoň 30 hodin týdně (nebo min. 24 hodin týdně u operačních oborů)

rozvržených do 5 pracovních dnů, **navýší se statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců o 10 za každou splněnou podmínku.** To znamená, že u poskytovatelů, kteří splňují obě podmínky a mají nasmlouvanou kapacitu nejméně 30 ordinačních hodin týdně, se regulační omezení neuplatní, pokud v roce 2017 nebo 2019 ošetří 120 a méně pojištěnců.

Úhradový dodatek VZP ČR

Úhradový dodatek VZP ČR odkazuje na úhradovou vyhlášku (viz výše) a z hlediska úhrady nepřináší poskytovateli ve srovnání s vyhláškou žádnou výhodu.

Naopak, co se týče nových výkonů, úhradová vyhláška předpokládá zohlednění nových výkonů, pokud způsobí nárůst úhrady na URČ, a to ve výši hodnoty nově nasmlouvaných výkonů oceněných s plnou hodnotou bodu. VZP ČR v dodatku aplikaci úhradové vyhlášky ve vztahu k novým výkonům eliminuje.

Návrh úhradového dodatku nepřináší oproti úhradové vyhlášce žádnou výhodu. Podpis dodatku lze doporučit těm poskytovatelům, kteří považují úhradovou vyhláškou nastavené úhradové podmínky za akceptovatelné. Naopak poskytovatelé s nízkými referenčními limity nebo neznámými referenčními limity (noví poskytovatelé nebo poskytovatelé, kteří převzali praxi a měly by být u nich použity referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů) by měli podpis dodatku pečlivě zvážit, resp. před jeho podpisem zahájit jednání se zdravotní pojišťovnou o úpravě limitů tak, aby odpovídaly skutečné nákladovosti poskytované péče. Podpis dodatku znamená dobrovolný souhlas se způsobem výpočtu celkové úhrady, včetně regulací. Pokud nebude úhradový dodatek podepsán, uplatní se automaticky úhradová vyhláška, tj. zcela stejný způsob úhrady, který stanoví dodatek, s tím rozdílem, že nemůže být poukazováno na to, že poskytovatel způsob úhrady stanovený ve vyhlášce dobrovolně sjednal. Prostor pro jednání o navýšení úhrady tak zůstává při odmítnutí dodatku otevřený.

Úhradový dodatek ZPMV

Dodatek ZPMV v zásadě kopíruje úhradovou vyhlášku, včetně výpočtu limitu úhrady, **a z hlediska úhrady nepřináší poskytovateli ve srovnání s vyhláškou žádnou výhodu.**

Nutno upozornit, že na rozdíl od předchozích let ZPMV dle dodatku (v souladu s vyhláškou) zohlední při výpočtu úhrady i tzv. mimořádně nákladné pojištění.

Nad rámec vyhlášky je v dodatku zakotveno, že výkonově s hodnotou bodu 1,06 Kč bude hrazen poskytovatel, který ukončí činnost v průběhu roku 2019.

Upozorňujeme, že dodatek **modifikuje negativním 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 stanovených vyhláškou podmínek (diplom CŽV, ordinační doba atd.). Navržený dodatek upravuje podmínky úhrady nových výkonů jinak, když v čl. 1 odst. 6 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.

V oblasti regulací je plně odkazováno na text úhradové vyhlášky.

Návrh úhradového dodatku nepřináší oproti úhradové vyhlášce žádnou výhodu. Naopak, v dodatku je negativně modifikován nárok poskytovatele na navýšení úhrady v případě nasmlouvání nových výkonů. Podpis dodatku lze doporučit těm poskytovatelům, kteří považují úhradovou vyhláškou i dodatkem nastavené úhradové podmínky za akceptovatelné. Naopak poskytovatelé s velmi nízkými referenčními limity, nasmlouvanými novými výkony nebo neznámými referenčními limity (noví poskytovatelé nebo poskytovatelé, kteří převzali praxi a měly by být u nich použity referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů) by měli podpis dodatku pečlivě zvážit, resp. zahájit jednání se zdravotní pojišťovnou o úpravě limitů tak, aby odpovídaly skutečné nákladovosti poskytované péče.

UPOZORNĚNÍ: S podpisem dodatku ZPMV nemusí poskytovatel pospíchat. V návrhu dodatku je uvedeno, že podepsaný dodatek je třeba vrátit do pojišťovny nejpozději do 30.11.2019. 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 specialisty obsahuje ustanovení čl. 1 odst. 15, 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 2019 s tím, že ZPMV může na základě této žádosti celkovou úhradu navýšit. Toto ustanovení v úhradové vyhlášce obsaženo není. Nutno uvést, že 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, tj. nejlépe již v průběhu daného roku.

Úhradový dodatek OZP

OZP předložila pro rok 2019 dva typy vzorových dodatků.

a) Verze A-LIM

Návrh dodatku obsahuje přísnější limitaci úhrady, nežli úhradová vyhláška.

Ze vzorového dodatku, který poskytla OZP, vyplývá, že **OZP bude regulovat maximální úhradou (strop úhrady) i úhradu některých výkonů, které mají být dle vyhlášky hrazeny výkonově bez regulace.** Konkrétně se jedná o výkony 75347, 75348, 75427 (mají být hrazeny výkonově s hodnotou bodu 0,70 Kč nebo vyšší při splnění bonifikačních podmínek bez další regulace). Dále výkony 4331, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633 (dle vyhlášky hodnota bodu 0,70 nebo vyšší při splnění bonifikačních podmínek bez další regulace) a výkony 43652 a 43653 (dle vyhlášky hodnota bodu 1,02 Kč nebo vyšší při splnění bonifikačních podmínek bez další regulace).

Bez regulace (výkonově) jsou dle dodatku OZP hrazeny pouze screeningové výkony – screening kolorektálního karcinomu a novorozenecký screening (73028 a 73029).

Ze vzorového dodatku vyplývá, že OZP může poskytovatelům předkládat více variant dodatku, které budou lišit způsobem stanovení limitu (stropu) úhrady.

Jedna varianta dodatku OZP stanoví strop úhrady pomocí úhradového vzorce. Oproti úhradové vyhlášce je zásadním negativním rozdílem, že **OZP v úhradovém vzorci nezohledňuje tzv. mimořádně nákladné pojištění**. Limit úhrady v roce 2019 je stanoven následovně:

Počet ošetřených pojištěnců v roce 2019 (vyjma těch, na které byl vykázán pouze výkon 09513) x průměrná úhrada na URČ za výkony včetně ZUM a ZULP v roce 2017 x (1,03+KN)

Koeficient navýšení (KN) je stanoven stejně jako v úhradové vyhlášce. Absence zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců může být pro poskytovatele zásadně negativní. V návrhu dodatku je v článku II odst. 16 je sice zakotven příslib OZP, že v individuálních případech zvláštního zřetele hodných může 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. Formulace, že žádost je možné podat pouze v individuálních zvláštního zřetele hodných případech, evokuje předpoklad, že OZP žádosti o navýšení úhrady vyhová pouze ve výjimečných případech, přičemž kritéria, na základě kterých bude žádosti posuzovat, nejsou známa.

Další možnou variantou omezení úhrady je limitace konkrétní částkou (absolutním finančním stropem) nebo stanovením procentuální hranice celkové úhrady proti určitému období. Při takto stanoveném limitu úhrady je třeba vědět, že pokud je sjednán, je třeba jej respektovat, resp. řešit již v průběhu roku situaci, kdy hrozí jeho překročení.

Omezení celkovou úhradou se nebude týkat těch poskytovatelů, kteří během roku 2019 ošetřili 80 a méně unikátních pojištěnců OZP, což je příznivější úprava, nežli v úhradové vyhlášce, která pro tyto účely zakotvuje počet 50 a méně unikátních pojištěnců.

Nad rámec vyhlášky je **výkon 09543 hrazen bez limitace podle roku 2017**, tj. za každý vykázaný výkon 09543 bude uhrazeno 30 Kč.

Regulační mechanismy za léky a zdravotnické prostředky a vyžádanou péči odpovídají úhradové vyhlášce.

Oproti úhradové vyhlášce OZP v dodatku **neuvádí regulace za překročení limitu na ZUM/ZULP**.

Návrh dodatku na rozdíl od úhradové vyhlášky **nevyjímá z regulací poskytovatele v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309**.

Regulace za vyžádanou péči, léky a zdravotnické prostředky nebudou uplatněny u poskytovatelů, kteří během roku 2017 nebo 2019 ošetřili **120 a méně unikátních pojištěnců OZP**, což je příznivější úprava, nežli v úhradové vyhlášce, která pro tyto účely zakotvuje základní počet 100 a méně unikátních pojištěnců.

Nad rámec vyhlášky je v dodatku deklarováno, 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.

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

Zejména je třeba upozornit na to, že úhradový vzorec v dodatku nepočítá se zohledněním mimořádně nákladných pojištěnců. Těm poskytovatelům, kteří z posledních známých vyúčtování (2016 a 2017) vědí, že zohlednění tzv. mimořádně nákladných pojištěnců pro ně má významný pozitivní úhradový dopad, nelze podpis dodatku doporučit.

Podpis dodatku, ve kterém bude limitována celková úhrada, 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, oftalmologie a radiační onkologie).

Nutno zopakovat, že podpis dodatku znamená dobrovolný souhlas se způsobem výpočtu celkové úhrady, včetně regulací. Pokud nebude úhradový dodatek podepsán, uplatní se automaticky úhradová vyhláška, tj. v daném případě pro řadu poskytovatelů lepší způsob úhrady, než který stanoví dodatek.

b) Verze A-VÚ

Tato verze zakotvuje výkonový způsob úhrady bez další regulace, přičemž základní hodnota bodu odpovídá úhradové vyhlášce (1,06 Kč) s možností dalšího navýšení.

V návrhu tohoto typu dodatku nejsou sjednávány žádné regulační mechanismy, tj. ani limitace maximální úhradou dle referenčního období, ani regulační omezení za překročení limitu za ZUM/ZULP, léky, zdravotnické prostředky nebo vyžádanou péči. Z uvedeného důvodu není zřejmý význam článku II odst. 3 návrhu dodatku, který stanoví, že pro poskytovatele, kteří v roce 2017 neexistovali nebo neměli smlouvu může OZP pro výpočet celkové úhrady použít průměrné úhrady srovnatelných poskytovatelů. Nově vzniklý poskytovatel, kterému bude tato verze dodatku předložena, by měl vznést na OZP před podpisem dodatku dotaz, zda bude hrazen výkonově podle výkonů, které sám v roce 2019 vykáže bez dalšího omezení, nebo zda bude při stanovení celkové úhrady porovnáván se srovnatelnými poskytovateli.

Nad rámec vyhlášky je **výkon 09543 hrazen bez limitace podle roku 2017**, tj. za každý vykázaný výkon 09543 bude uhrazeno 30 Kč.

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 CŽV, nebo při splnění podmínek rozložení ordinační doby a ordinačních hodin. **Návrh dodatku je výhodnější nežli úhradová vyhláška.**

Úhradový dodatek ČPZP

Dodatek ve způsobu úhrady koresponduje s úhradovou vyhláškou, včetně výpočtu limitu úhrady, **a z hlediska úhrady nepřináší poskytovateli ve srovnání s vyhláškou žádnou výhodu.**

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, kterou stanoví vyhláška, včetně případného navýšení hodnoty bodu při splnění stanovených vyhláškou podmínek (diplom CŽV, ordinační doba atd.). Návrh dodatku upravuje podmínky úhrady nových výkonů jinak, když v čl. 6 stanoví, že pojišťovna nárůst průměrné úhrady nebo průměrného počtu bodů na URČ v důsledku nových výkonů **případně** zohlední v rámci celkového finančního vypořádání. V dodatku je tedy sjednáno, že navýšení úhrady při nasmlouvání nových výkonů je ponecháno na uvážení zdravotní pojišťovny.

V oblasti regulací dodatek kopíruje úhradovou vyhlášku.

Návrh úhradového dodatku nepřináší oproti úhradové vyhlášce žádnou výhodu. Naopak, v dodatku je negativně modifikován nárok poskytovatele na navýšení úhrady v případě nasmlouvání nových výkonů. Podpis dodatku lze doporučit těm poskytovatelům, kteří považují úhradovou vyhláškou i dodatkem nastavené úhradové podmínky za akceptovatelné. Naopak poskytovatelé, pro které jsou referenční limity nedostatečné, by měli zahájit se zdravotní pojišťovnou jednání o úpravě tohoto limitu, a to jako reakci na předložený úhradový dodatek.