

Úhradové dodatky 2021

S počátkem roku opět nastalo období sjednávání úhradových dodatků. ČLK vyžádala od dominantních zdravotních pojišťoven vzorové dodatky pro rok 2021, které poskytovatelům nabízejí. Vzorové dodatky zatím poskytly čtyři zdravotní pojišťovny – **VZP ČR, ZPMV, OZP a ČPZP**. V následujícím textu uvádíme analýzu vzorových dodatků pro rok 2021 pro segment praktických lékařů, ambulantních specialistů a gynekologů. Jedná se o zkrácenou verzi. Plná verze analýzy je zveřejněna na webu ČLK www.lkcr.cz.

Úhradový dodatek může být uzavřen kdykoli v průběhu roku 2021, přičemž podmínkou jeho účinnosti je jeho zveřejnění nejpozději do 31.12.2021. Zveřejnění zajišťuje zdravotní pojišťovna.

Všeobecní praktičtí lékaři (PL) a praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD)

1. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Dodatek VZP ČR ve způsobu úhrady koresponduje s úhradovou vyhláškou, nad rámec vyhlášky umožňuje další navýšení úhrady:

- pro PL i PLDD **vyšší hodnota bodu 1,18 Kč pro úhradu vybraných mimokapitačních výkonů** (vyhláška stanoví hodnotu bodu 1,16 Kč pro všechny výkony mimo kapítaci), pro konkrétní výčet výkonů, který se vyšší úhrada týká, odkazujeme na dodatek;
- pro PL i PLDD **vyšší hodnota bodu 1,27 Kč pro úhradu péče poskytnuté zahraničním pojištěncům** (dle vyhlášky 1,26 Kč);
- další **bonifikace za fyzický pobyt školence na pracovišti** v podobě zvýšení základní kapitační sazby o **3 Kč (PL)**, resp. **8 Kč (PLDD)**;
- pro PL i PLDD **bonifikace za návštěvní službu** - pokud poskytovatel provede od 30 do 300 preventivních prohlídek na každý 1000 registrovaných pojištěnců ke dni 31.12.2021, navýší se mu roční úhrada o **5 000 Kč**;
- pro PLDD **navýšení roční úhrady za účast na LSPP o dalších 5 000 Kč za rok**;
- u PLDD **nebude VZP ČR uplatňovat regulaci za zdravotnické prostředky pro inkontinentní pacienty**;
- pro PL i PLDD jsou v dodatku sjednány **další podmínky, při jejichž splnění nebude poskytovatel regulován** za léky, zdravotnické prostředky, inkontinenční pomůcky (u PL) a vyžádanou péči – při nepřekročení tzv. započitatelných nákladů na registrovaného pojištěnce (viz dodatek);
- pro PL i PLDD je **výhodněji vymezen způsob výpočtu 15 % limitu pro uplatnění regulací** - kromě úhrady za ZUM a ZULP bude od celkového objemu

úhrady, ze kterého se počítá limit regulace ve výši 15 %, odečtena také úhrada za výkony 01543 a úhrada za položky na receptech v elektronické podobě;

- **za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celý rok 2020 nebo 2021, tj. pro uznání nároku na bonifikaci v roce 2021 (navýšení ZKS) budou uznány i doklady, jejichž platnost skončila s koncem roku 2020.**

Návrh dodatku obsahuje bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh z hlediska úhrady výhodnějším nežli úhradová vyhláška. V tomto ohledu lze sjednání dodatku doporučit. Návrh dodatku současně obsahuje ustanovení, která nad rámec vyhlášky stanoví konkrétní podmínky vykazování hrazených služeb, jejichž dodržování bude podmínkou úhrady.

2. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (ZPMV)

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

- Pro PL i PLDD **navýšení základní kapitační sazby (o 0,50 – 2,50 Kč) na základě vyhodnocení komplexní finanční nákladovosti zdravotních služeb poskytnutých poskytovatelem registrovaným pojištěncům.**
- pro PL i PLDD **vyšší hodnota bodu 1,17 Kč pro úhradu vybraných mimokapitačních výkonů** (vyhláška stanoví hodnotu bodu 1,16 Kč pro všechny výkony mimo kapítaci) - konkrétní výčet výkonů viz dodatek;
- **pro PL i PLDD bonifikace za fyzický pobyt školence na pracovišti - zvýšení ZKS o 4 Kč.**
- Pro PL i PLDD **další bonifikace 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 $K = 0,1$.
- Pro PL i PLDD **bonifikace ve výši 200 Kč/URČ za návštěvní službu a vykázaní některého z výkonů nezahrnutého do kapitační platby** nejméně u 3 % a nejvýše u 30 % registrovaných pojištěnců.
- Pro PLDD bonifikace formou **navýšení základní kapitační sazby o 1,50 Kč**, pokud poskytovatel provede v 2021 **preventivní prohlídku alespoň u 45 % pojištěnců ZPMV.**
- Pro PL **bonifikace za péči o chronické pacienty** s hypertenzí (350 Kč), s diabetem (350 Kč) a s dyslipidemií (350 Kč), 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).

- Pro PLDD **bonifikace za očkování dětí do 1 roku věku (200 Kč).**
- Pro PL i PLDD v dodatku obsaženy **mechanismy navýšení úhrady pro malé praxe a poskytovatele poskytující zdravotní služby v oblastech s omezenou dostupností zdravotních služeb.**
- **Další navýšení ZKS o 6 Kč pro PL i PLDD**, 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.
- ZPMV bude pro uznání nároku na bonifikaci v roce 2021 (navýšení ZKS) akceptovat i **doklady platné v roce 2020.**

Návrh dodatku obsahuje bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh z hlediska úhrady výhodnějším nežli úhradová vyhláška. V tomto ohledu lze sjednání dodatku doporučit. Podepsaný dodatek je třeba vrátit do ZPMV nejpozději do 30.11.2021.

3. Oborová zdravotní pojišťovna (OZP)

Dodatek ve způsobu úhrady koresponduje s úhradovou vyhláškou, nad rámec vyhlášky umožňuje další navýšení úhrady. Nutno upozornit, že dodatek nad rámec běžného obsahu úhradového dodatku stanoví podmínky úhrady a pravidla vykazování, se kterými je třeba se před podpisem dodatku seznámit. Speciálně upozorňujeme na podmínku, 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. Přerušování 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.

Pro uznání nároku na bonifikaci v roce 2021 (navýšení ZKS) bude OZP akceptovat i **doklady platné v roce 2020.**

Pro PL nabízí OZP **vyšší hodnotu bodu 1,17 Kč pro úhradu vybraných mimokapitačních výkonů** (vyhláška stanoví hodnotu bodu 1,16 Kč pro všechny výkony mimo kapítaci) – výčet konkrétních výkonů viz dodatek.

OZP nabízí další bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které jsou specifikovány v přílohách č. 1 a 2 dodatku. Obsah těchto příloh nemá CLK k dispozici. Poskytovatelům doporučujeme se s nimi seznámit.

Pro PLDD v regionu s objektivním nedostatkem PL a PLDD je navíc sjednávána **bonifikace ve výši 3,00 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce a 1 kalendářní měsíc.**

Odlišně od vyhlášky je u PL sjednávána bonifikace za provádění preventivních prohlídek - poskytovatel, který provedl preventivní prohlídku v roce 2019 u nejméně 30% registrovaných pojištěnců (není omezeno věkem), má nárok na navýšení ZKS 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).

Pro PLDD je v dodatku sjednávána **bonifikace za používání antibiotik (penicilínů a aminopenicilínů)** – navýšení základní kapitační sazby o 2 Kč.

OZP v dodatku garantuje, že nebude u PL a PLDD uplatňovat regulaci za zdravotnické prostředky předepsané pro inkontinentní pacienty a za vyžádanou péči v odbornosti 902 (fyzioterapie). V dodatku je zakotvena možnost zohlednění důvodného nárůstu preskripce způsobeného předepisováním léčivých přípravků, u kterých došlo v důsledku dohody mezi poskytovatelem a OZP ke změkčení indikačních kritérií.

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

4. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)

V dodatku ČPZP jsou sjednávány **bonifikace (navýšení základní kapitační sazby) nad rámec úhradové vyhlášky** – dle nákladovosti klientely, za přípravu nových PL a PLDD, za preventivní péči, za péči o chronické pacienty (PL), za proočkování dětské populace (PLDD) nebo za provádění rychlotestů.

ČPZP dle dodatku uznává pro uznání bonifikace za celoživotní vzdělávání diplom celoživotního vzdělávání platný celý rok 2021 nebo diplom CŽV, který byl platný po celou dobu roku 2020.

Nad rámec vyhlášky je pro PL zakotvena **další možná bonifikace za péči o chronicky nemocné pacienty s hypertenzí a diabetem.**

Nad rámec vyhlášky je pro PLDD zakotveno **navýšení celkové roční úhrady za účast na lékařských pohotovostních službách o dalších 5 000 Kč za rok, tj. na celkem 45 000 Kč.**

V dodatku se sjednává **vyšší hodnota bodu 1,17, Kč** pro vybrané výkony (vyhláška stanoví hodnotu bodu 1,16 Kč).

Dodatek naopak zakotvuje **nižší hodnotu bodu pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům, a to ve výši 1,25 Kč** (ve vyhlášce 1,26 Kč).

Regulační omezení odpovídají úhradové vyhlášce.

V dodatku sjednáno, že do vyúčtování roku 2021 budou zahrnuty výkony, které budou ČPZP vykázány **do 15.1.2022.** Úhradová vyhláška přitom umožňuje vykázat výkony poskytnuté v roce 2021 až do 31.3.2022.

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

Ambulantní specialisté

1. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Návrh dodatku VZP ČR odkazuje na úhradovou vyhlášku. Nad rámec úhradové vyhlášky obsahuje dodatek upřesňující ustanovení k hodnocení splnění bonifikačních podmínek.

U poskytovatelů v **odbornosti 108 (nefrologie)** se v dodatku sjednávají podmínky úhrady výkonů provedených v souvislosti s včasným zařazením na čekací listinu k transplantaci ledviny.

Dodatek sjednává vyšší hodnotu bodu při ošetření zahraničních pojištěnců 1,29 Kč (vyhláška 1,23 Kč).

Návrh úhradového dodatku VZP ČR pro rok 2021 není méně výhodný nežli úhradová vyhláška. Oproti úhradové vyhlášce přináší některé výhodnější podmínky, které jsou uvedeny výše.

2. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV)

Návrh dodatku ZPMV v principu odpovídá úhradové vyhlášce.

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

Dodatek **negativním způsobem modifikuje zohlednění nových výkonů v úhradě.** Úhradová vyhláška předpokládá, že pokud poskytovatel pro rok 2021 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.). **ZPMV v dodatku 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.

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. Podepsaný dodatek je třeba vrátit do pojišťovny nejpozději **do 30.11.2021.**

3. Oborová zdravotní pojišťovna (OZP)

OZP přeložila dva typy dodatků – dodatek s regulací úhrady (verze A-LIM 2021) a dodatek s výkonovým způsobem úhrady (verze A-VÚ 2021).

Verzi s výkonovým způsobem úhrady (A-VÚ 2021) lze doporučit k podpisu.

K dodatku s regulací (A-LIM 2021) je třeba upozornit, že OZP v úhradovém vzorci nezohledňuje tzv. mimořádně nákladné pojištěnce.

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 pojištěnce v roce 2019.

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.**

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou v **dodatku zakotveny specifické bonifikace** - 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.

Co se týče regulací za vyžádanou péči, léky a zdravotnické prostředky, stanoví dodatek **přísnější podmínky pro upuštění od regulací na základě námitky poskytovatele**. 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 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 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).

4. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)

Dodatek, co se týče stanovení výše úhrady i regulačních omezení, **kopíruje úhradovou vyhlášku.**

Nad rámec vyhlášky je v dodatku sjednáváno, že do vyúčtování roku 2021 budou zahrnuty výkony, které budou ČPZP vykázány **do 15.1.2022**. Úhradová vyhláška přitom umožňuje vykázat výkony poskytnuté v roce 2021 až do 31.3.2022.

Návrh dodatku je srovnatelný s úhradovou vyhláškou a není tedy méně výhodný nežli úhradová vyhláška.

Gynekologie

1. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Návrh dodatku VZP ČR je v principu shodný s úhradovou vyhláškou. Nad rámec úhradové vyhlášky jsou v dodatku sjednávány konkrétní podmínky pro uplatnění bonifikací (za ordinační dobu se považuje doba, po kterou je v ordinaci přítomen lékař se

specializovanou způsobilostí) a konkrétní podmínky pro úhradu péče o těhotné. Při podpisu dodatku je třeba tyto podmínky dodržet.

Celková úhrada za těhotné i netěhotné pojištěnky je v dodatku stejně jako ve vyhlášce limitována částkou vypočtenou dle následujícího úhradového vzorce:

$$\text{NPURO}_{2019} \times \text{UOP}_{2021} \times (1,11 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2021}$$

Rozdílně od vyhlášky jsou v dodatku upraveny následující proměnné:

NPURO₂₀₁₉ - na rozdíl od vyhlášky je v dodatku zakotveno, že se do průměrné úhrady na pojištěnce v roce 2019 **nezahrnou zvláště účtované léčivé přípravky (ZULP) použité v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti-D (ATC skupina J06BB01) v rámci hrazeného očkování proti infekci HPV u osob ve věku 13 a 14 let.** Tyto ZULP budou poskytovateli dle dodatku uhrazeny nad rámec limitu úhrady.

EM₂₀₂₁ – na rozdíl od vyhlášky se extramurální péče o těhotné odečte od celkové úhrady maximálně **ve výši 10 %** celkové úhrady za těhotné (ve vyhlášce 25 %).

IGV (Index genetických vyšetření) – oproti vyhlášce se sjednává **bonus za podíl těhotných s genetickým vyšetřením do 30%:**

0,02 (bonus)	do 30% registrovaných těhotných pojištěnek s některým z vykázaných výkonů v odbornosti 208 nebo 816 (vyhláška nárok na bonus nezakotvuje)
0,00	30 – 40% dtto (vyhláška 20-40%)
- 0,02 (malus)	nad 40% do 60% dtto (stejně ve vyhlášce)
- 0,04 (malus)	nad 60% dtto (stejně ve vyhlášce)

IUV (Index ultrazvukových vyšetření) – oproti vyhlášce se **navyšuje procentuální limit následovně:**

0,02 (bonus)	do 30% registrovaných těhotných pojištěnek s některým z vykázaných výkonů 32410, 32420 nebo 63415 (vyhláška do 20%)
0,00	30 – 50% dtto (vyhláška 20-40%)
- 0,02 (malus)	nad 50% do 70% dtto (vyhláška -0,01 nad 40% do 60%)
- 0,04 (malus)	nad 70% dtto (vyhláška -0,03 nad 60%)

V dodatku se jedná o **vyšší hodnotu bodu pro úhradu hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům – 1,14 Kč za bod** (vyhláška 1,11 Kč za bod).

Návrh dodatku obsahuje ustanovení, která jsou výhodnější, nežli úhradová vyhláška (snížení odečtu za extramurální péči o těhotné, bonus za nízký počet genetických vyšetření, navýšení procentuálního limitu těhotných s provedeným UZ vyšetřením pro stanovení bonusu nebo malusu). Návrh dodatku současně obsahuje ustanovení, která nad rámec vyhlášky stanoví konkrétní podmínky vykazování hrazených služeb, jejichž dodržování bude podmínkou úhrady (viz podrobné stanovisko k dodatku na webu ČLK). Poskytovatelům doporučujeme se s těmito podmínkami, resp. s obsahem celého dodatku pečlivě seznámit.

2. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV)

Návrh dodatku ZPMV v principu odpovídá úhradové vyhlášce.

Celková úhrada je v dodatku stejně jako ve vyhlášce limitována částkou vypočtenou dle úhradového vzorce. Rozdílně od vyhlášky jsou v dodatku ZPMV upraveny následující proměnné úhradového vzorce:

NPURO₂₀₁₉ - na rozdíl od vyhlášky se do průměrné úhrady na pojištěnce v roce 2019 nezahrnou **ZULP použité v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti-D a v rámci hrazeného očkování proti infekci HPV ve věku 13 a 14 let.** Tyto ZULP budou poskytovateli dle dodatku uhrazeny nad rámec limitu úhrady.

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.

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

Další **bonifikace v dodatku se týká 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.

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. Podepsaný dodatek je třeba vrátit do ZPMV nejpozději do 30.11.2021.

3. Oborová zdravotní pojišťovna (OZP)

OZP přeložila dva typy dodatků – dodatek s regulací úhrady (verze GYN-LIM 2021) a dodatek s výkonovým způsobem úhrady (verze GYN-VÚ 2021).

Verzi s výkonovým způsobem úhrady lze doporučit k podpisu.

Verze s limitací úhrady regulačním vzorcem odpovídá v principu a ve způsobu limitace úhrady úhradové vyhlášce.

Doporučujeme věnovat pozornost příloze č. 1, kde je uvedena Metodika – Organizace péče o těhotnou pojištěnku, 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.

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.

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/ošetřil 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.

Co se týče regulací za vyžádanou péči, léky a zdravotnické prostředky, stanoví dodatek **přísnější podmínky pro upuštění od regulací na základě námitky poskytovatele.** 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 vykazování 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.

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/ošetřil 50 a méně pojištěnců OZP, protože by byli regulováni úhradovým vzorcem, i když je vyhláška 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. 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).

4. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)

Celková úhrada je v dodatku stejně jako ve vyhlášce limitována částkou vypočtenou dle následujícího úhradového vzorce:

$$\text{NPURO}_{2019} \times \text{UOP}_{2021} \times (1,12 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2021}$$

Rozdílně od vyhlášky jsou v dodatku upraveny následující proměnné:

Vyšší základní hodnota koeficientu pro navýšení NPURO₂₀₁₉ – dodatek stanoví 1,12, vyhláška stanoví hodnotu 1,11.

NPURO₂₀₁₉ - na rozdíl od vyhlášky je v dodatku zakotveno, že se do průměrné úhrady na pojištěnce v roce 2019 **nezahrnou zvláště účtované léčivé přípravky (ZULP) použité v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti-D (ATC skupina J06BB01) v rámci hrazeného očkování proti infekci HPV u osob ve věku 13 a 14 let.** Tyto ZULP budou poskytovateli dle dodatku uhrazeny nad rámec limitu úhrady.

EM₂₀₂₁ – na rozdíl od vyhlášky se extramurální péče o těhotné odečte od celkové úhrady maximálně **ve výši 10 %** celkové úhrady za těhotné (ve vyhlášce 25 %).

IGV (Index genetických vyšetření) – dle dodatku se **oproti vyhlášce sjednává bonus za podíl těhotných s genetickým vyšetřením do 20% a nižší hodnota malusů:**

0,02 (bonus)	do 20% registrovaných těhotných pojištěnek s některým z vykázaných výkonů v odbornosti 208 nebo 816 (vyhláška nárok na bonus nezakotvuje)
0,00	20 – 40% dtto (stejně ve vyhlášce)
- 0,01 (malus)	nad 40% do 60% dtto (vyhláška malus – 0,02)
- 0,03 (malus)	nad 60% dtto (vyhláška malus – 0,04)

IUV (Index ultrazvukových vyšetření) – dle dodatku se **oproti vyhlášce ruší bonus za počet UZ vyšetření do 20%.**

ČPZP uhradí **nad rámec vyhlášky** za účelem zvýšení kvality poskytované péče nad rámec celkové úhrady:

- **1.000,- Kč** za provedenou expertní kolposkopii,
- **1.500,- Kč** za provedené výkony urogynekologie vykázané výkonem č. 63701.

V dodatku sjednáván **nižší limit pro dosažení nároku na bonifikaci za preventivní prohlídky** – postačí **40%** registrovaných pojištěnek k 31.12.2021 (vyhláška stanoví limit 50%). **Nad rámec vyhlášky sjednána bonifikace 200,- Kč za nové registrované pojištěnky.**

Nad rámec vyhlášky je v dodatku sjednáváno, že do vyúčtování roku 2021 budou zahrnuty výkony, které budou ČPZP vykázány **do 15.1.2022**. Úhradová vyhláška přitom umožňuje vykázat výkony poskytnuté v roce 2021 až do 31.3.2022.

Návrh dodatku obsahuje ustanovení, která jsou výhodnější nežli úhradová vyhláška.