

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům s OZP pro rok 2019

Oborová zdravotní pojišťovna 207 (OZP) v těchto dnech rozesílá soukromým poskytovatelům zdravotních služeb návrhy úhradových dodatků ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb pro rok 2019. K těmto dodatkům vydává Česká lékařská komora následující stanovisko, přičemž vzory úhradových dodatků, které byly hodnoceny, k tomuto stanovisku přikládáme ke stažení.

1) 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.

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 platbou, 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. 10.10. 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) podléhají zveřejnění dle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to včetně příslušných příloh, ve kterých jsou sjednány bonifikace.

OZP v dodatku sjednává v souladu s vyhláškou bonifikaci pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK (navýšení kapitační platby o 0,60 Kč a hodnoty bodu o 0,01 Kč) a za udělenou akreditaci pro specializační vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství (navýšení kapitační platby o 1 Kč).

Nad rámec úhradové vyhlášky OZP nabízí další bonifikace (viz příloha č. 1 část I. a II. návrhu dodatku)

1. Bonifikace na základě vyhodnocení nákladovosti poskytovaných služeb (vyhodnocuje OZP na základě referenčních dat) – výše bonifikace a postup hodnocení je uveden v příloze č. 1
2. Bonifikace za provedení preventivních prohlídek u nejméně 30 % registrovaných pojištěnců – úhradová vyhláška garantuje navýšení měsíční kapitační platby o 0,50 Kč, OZP navrhuje zvýšení o 2,50 Kč.
3. Bonifikace za fyzickou přítomnost školence na pracovišti – příplatek 6 Kč/registerovaného pojištěnce a měsíc, ve kterém školení probíhalo.
4. Bonifikace za zajištění návštěvní služby – 30 až 100 Kč za návštěvu podle typu návštěvy
5. Bonifikace za provádění screeningu kolorektálního karcinomu – příplatek 1 Kč/přepočteného pojištěnce a kalendářní měsíc + další podmínky pro bonifikaci uvedené konkrétně v příloze č. 1.

Výkon 09543 (regulační poplatek) má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

V rámci regulačních opatření se v textu dodatku OZP zavazuje neuplatňovat regulační mechanismy za předpis pomůcek pro inkontinentní pacienty a za vyžádanou péči v odbornosti 902 (fyzioterapie). Zbytek regulačních mechanismů (léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádaná péče) odpovídá úhradové vyhlášce.

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 (viz zejména čl. II dodatku). Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit.

2) 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 nepravdivé služby, přičemž **nepravdivé služby OZP uhradí pouze v případě, že prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem nebo se jedná neodkladnou péči.**

V čl. II odst. 5 jsou nově upraveny termíny splatnosti dohodnuté ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.

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 přepočtení výše kapitační platby.

V čl. II. odst. 9 je zakotveno, že **poskytovatel ztrácí v příslušném měsíci nárok na úhradu kapitační platbou, 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. Přerušeni 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. 10.8. 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 v dodatku sjednává v souladu s vyhláškou bonifikaci pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK (navýšení kapitační platby o 0,60 Kč a hodnoty bodu o 0,01 Kč) a za udělenou akreditaci pro specializační vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství (navýšení kapitační platby o 1 Kč).

Nad rámec úhradové vyhlášky OZP nabízí další bonifikace (viz příloha č. 1 část I. a II. návrhu dodatku)

1. Bonifikace na základě vyhodnocení nákladovosti poskytovaných služeb (vyhodnocuje OZP na základě referenčních dat) – výše bonifikace a postup hodnocení jsou uvedeny v příloze č. 1 dodatku
2. Bonifikace za racionální antibiotickou terapii – příplatek 2 Kč/přepočteného pojištěnce a kalendářní měsíc – konkrétní podmínky bonifikace uvedeny v příloze č. 1 dodatku.
3. Bonifikace za proočkovanost dětské populace – příplatek 1 Kč/přepočteného pojištěnce a kalendářní měsíc – konkrétní podmínky bonifikace uvedeny v příloze č. 1 dodatku
4. Bonifikace za fyzickou přítomnost školence na pracovišti - 10 Kč/registrovaného pojištěnce a měsíc, ve kterém školení probíhalo.
5. Bonifikace za zajištění návštěvní služby – 30 až 100 Kč za návštěvu podle typu návštěvy
6. Bonifikace za poučení pacienta/zákonných zástupců při odmítnutí povinného očkování – 50 Kč za vykázaný interní kód OZP - podmínky pro bonifikaci uvedené konkrétně v příloze č. 1.

Výkon 09543 (regulační poplatek) má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

V rámci regulačních opatření se v textu dodatku OZP zavazuje neuplatňovat regulační mechanismy za předpis pomůcek pro inkontinentní pacienty a za vyžádanou péči v odbornosti 902 (fyzioterapie).

Zbytek regulačních mechanismů (léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádaná péče) odpovídá úhradové vyhlášce.

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 (viz zejména čl. II dodatku). Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit.

3) Ambulantní specialisté:

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 OZP 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 námítky 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 zvláštních případech, evokuje předpoklad, že OZP žádosti o navýšení úhrady vyhoví 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, čímž dochází k pro poskytovatele příznivému navýšení tohoto tzv. nevýznamného počtu pojištěnců oproti úhradové vyhlášce, která pro tyto účely zakotvuje počet 50 a méně unikátních pojištěnců.

Bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK a dodržení podmínek ordinačních hodin (navýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč a koeficientu nárůstu o 0,02 za každou splněnou podmínku) korespondují s úhradovou vyhláškou.

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

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 **nevymá 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**, čímž dochází k pro poskytovatele příznivému navýšení tohoto tzv. nevýznamného počtu pojištěnců oproti úhradové vyhlášce, která pro tyto účely zakotvuje počet 100 a méně unikátních pojištěnců.

Dále 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.

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.

Bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK a dodržení podmínek ordinačních hodin se s ohledem na výkonový způsob úhrady týká pouze navýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč za každou splněnou podmínku (viz čl. II odst. 2), což koresponduje s úhradovou vyhláškou.

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

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**, jelikož neobsahuje žádné regulace, a to i pro poskytovatele, kteří by byli i dle vyhlášky hrazeni výkonově (pokud ošetří v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně pojištěnců), jelikož u těchto poskytovatelů vyhláška předpokládá hodnotu bodu 1,06 Kč bez možnosti dalšího navýšení. Před podpisem dodatku ze strany nových poskytovatelů doporučujeme u OZP písemně ověřit význam ustanovení čl. II odst. 3 dodatku (viz podrobněji výše).

4) Gynekologové:

a) Verze GYN-LIM

Návrh dodatku v principu a ve způsobu limitace úhrady odpovídá úhradové vyhlášce. Vzor dodatku, který ČLK obdržela, nicméně nemá doplněnou hodnotu indexu nárůstu, která dle úhradové

vyhlášky činí 1,05. Doporučujeme, aby si poskytovatelé v individuálních verzích dodatku zkontrolovali správnou hodnotu. Limit úhrady PURO bude dle dodatku navýšen následovně:

$$PURO \times (1,05 + KN) + BORDO$$

Koeficient navýšení (KN) v hodnotě 0,01 se v souladu s vyhláškou uplatní u držitelů Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK.

Nad rámec úhradové vyhlášky je ve vzorci výpočtu celkové výše úhrady zakotven také index navýšení BORDO v hodnotě 30 Kč, 40 Kč nebo 50 Kč podle toho, jak má daný poskytovatel rozloženou ordinační dobu a ordinační hodiny – viz čl. II odst. 1 dodatku.

Nad rámec vyhlášky jsou v dodatku sjednávány další bonifikace vedoucí k dalšímu navýšení úhrady:

- bonifikace 100 Kč za provedení jedné preventivní prohlídky – konkrétní podmínky nároku viz čl. II odst. 2 písm. a)
- bonifikace 2500 Kč za komplexní prenatální vyšetření a další péči o těhotnou pojištěnku – konkrétní podmínky nároku viz čl. II odst. 2 písm. a)
- bonifikace pro držitele certifikátu ISO, pro držitele funkční licence F017 expertní kolposkopie, za atestaci vyššího stupně v oboru nebo nástavbové atestace v příbuzném či jiném oboru, poskytování služeb v celé komplexnosti – konkrétní podmínky pro nárok na tuto bonifikaci viz čl. II odst. 2 písm. b) dodatku.

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

Upozorňujeme rovněž na článek II odst. 8.6 a 13, kde je při splnění vymezených podmínek zakotven nárok poskytovatele požadovat po zdravotní pojišťovně zohlednění individuálních důvodů pro překročení referenčních limitů a žádat o neuplatnění regulačních omezení (čl. II odst. 8.6), resp. navýšení úhrady (čl. II odst. 13).

Regulační mechanismy (léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádaná péče) odpovídají úhradové vyhlášce, upozorňujeme však na legislativně-technickou chybu ve vzorovém dodatku, kdy je v případech, ve kterých se regulace neuplatní (tyto případy rovněž korespondují s úhradovou vyhláškou) odkazováno na odstavce 7.1. a 7.2., namísto správných odstavců 8.1. a 8.2. Tato nesrovnalost však nemá na uplatnění výjimek vliv, jelikož zamýšlený význam ustanovení lze jednoznačně dovodit.

Návrh dodatku obsahuje při zachování regulace úhrady dle referenčního období bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. **V tomto ohledu lze tedy podepsání dodatku doporučit.** Je však 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 uvést, 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. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

Poskytovatelé by měli před podpisem dodatku znát regulační limity. Zejména poskytovatelům, kteří z návrhu úhradového dodatku nemohou dovodit, jak jim bude poskytnutá péče uhrazena (nově vzniklí poskytovatelé, kteří v referenčním období neexistovali nebo neměli úplné referenční období, u kterých je limit úhrady stanovován podle srovnatelných poskytovatelů - hodnota PUROo a limit pro uplatnění regulací za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči), nebo těm, kteří vědí, že limit dle referenčního období je výrazně nižší, nežli skutečná nákladovost poskytované péče, doporučujeme podpis dodatku pečlivě zvážit. Poskytovatelům, které je dle návrhu dodatku nebo úhradové vyhlášky zdravotní pojišťovna oprávněna regulovat dle srovnatelných poskytovatelů, doporučujeme podmínit podpis dodatku sdělením konkrétní hodnoty, která bude pro výpočet výsledné úhrady nebo regulace dle srovnatelných poskytovatelů použita. Tato hodnota by měla být součástí úhradového dodatku nebo sdělena jinou závaznou formou. V případě nesouhlasu s touto hodnotou je třeba podat námitku a jednat o její úpravě ještě před podpisem dodatku.

b) Verze GYN-VÚ

Tato verze zakotvuje výkonový způsob úhrady, přičemž základní hodnota bodu odpovídá úhradové vyhlášce (1,08 Kč) s možností dalšího navýšení o 0,01 Kč pro držitele diplomu ČŽV.

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.

Nad rámec vyhlášky jsou navrhovány bonifikace vedoucí k dalšímu navýšení úhrady:

- bonifikace 100 Kč za provedení jedné preventivní prohlídky – konkrétní podmínky nároku viz čl. II odst. 3 písm. a)
- bonifikace 2500 Kč za komplexní prenatální vyšetření a další péči o těhotnou pojištěnku – konkrétní podmínky nároku viz čl. II odst. 3 písm. a)
- bonifikace pro držitele certifikátu ISO, pro držitele funkční licence F017 expertní kolposkopie, za atestaci vyššího stupně v oboru nebo nástavbové atestace v příbuzném či jiném oboru, poskytování služeb v celé komplexnosti – konkrétní podmínky této bonifikace viz čl. II odst. 3 písm. b) dodatku.

Výkon 09543 má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení podle referenčního období. Na rozdíl od úhradové vyhlášky by tedy měly být při akceptaci dodatku uhrazeny 30 Kč všechny vykázané výkony 09543.

Návrh dodatku pro výkonovou úhradu garantuje stejnou hodnotu bodu jako úhradová vyhláška, nelimituje úhradu kompenzace za zrušené regulační poplatky (výkon 09543), neobsahuje regulace a nad rámec výkonové úhrady nabízí další navýšení úhrady formou bonifikací. **V tomto ohledu je návrh úhradového dodatku GYN-VÚ 2019 výhodnější nežli úhradová vyhláška a lze jej doporučit k podpisu.**

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK