

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům OZP pro rok 2022

Praktičtí lékaři pro dospělé (VPL):

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

OZP nabízí bonifikace nad rámec vyhlášky podle čl. II. odst. 10.5 dodatku a přílohy č. 1 dodatku + s ohledem na zajištění péče v regionu s objektivním nedostatkem PL bude navíc Poskytovateli přiznána bonifikace ve výši 3,00 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce a 1 kalendářní měsíc.

OZP nabízí bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky podle přílohy č. 1 dodatku a dále také při dodržení metodiky obsažené příloze č. 2 – poskytovatelům doporučujeme se s obsahem příloh seznámit. Nad rámec úhradové vyhlášky se jedná o bonifikace za hodnocení nákladovosti péče, za

fyzický pobyt školence na pracovišti (navýšení kapitační platby o 6 Kč), za zajištění návštěvních služeb (jednorázové příplatky za provedenou návštěvní službu v rozmezí 30 – 100 Kč), za screening kolorektálního karcinomu (navýšení kapitační platby o 1 Kč při splnění popsaných podmínek) a za péči o chronické pacienty ve vyjmenovaných diagnózách (diabetes mellitus a hypertenze).

OZP dle dodatku uznává pro uznání bonifikace za celoživotní vzdělávání diplom celoživotního vzdělávání **platný po celou dobu roku 2022**. Z textu dodatku a ani úhradové vyhlášky nevyplývá výslovně uvedený postup v případě, že platnost dosavadního diplomu CŽV skončí v průběhu roku 2022. Praxe z minulých let ukázala, že nový diplom CŽV, který svou platností navazoval na dosavadní, přičemž časový rozdíl mezi skončením platnosti původního a začátkem platnosti nového nebyl větší než 30 dnů, byl bez problémů dále uznáván a podmínka platnosti po celou dobu roku 2022 zůstala zachována, doporučujeme i přesto poskytovatelům, kterých by se tato problematika týkala, pro veškerou jistotu učinit dotaz na příslušnou pobočku OZP, jak tyto situace řešit.

Dodatek sjednává **odlišně od vyhlášky bonifikaci za provádění preventivních prohlídek**, a to tak, že poskytovatel, který provedl preventivní prohlídku **v roce 2019** u nejméně 30 % registrovaných pojištěnců (není omezeno věkem), má nárok **na navýšení základní kapitační sazby o 2,50 Kč** (úhradová vyhláška garantuje navýšení o 1 Kč a bonifikaci vztahuje k počtu preventivních prohlídek v roce 2022 a k pojištěncům ve věku 40-80 let).

V čl. II. odst. 13 dodatku **OZP garantuje nad rámec vyhlášky neuplatnění regulačních mechanismů za zdravotnické prostředky předepsané pro inkontinentní pacienty a za vyžádanou péči v odbornosti 902 (fyzioterapie). Do regulace vyžádané péče nebudou dle dodatku zahrnuty výkony screeningu karcinomu plic.**

Zbytek regulačních mechanismů (léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádaná péče) odpovídá úhradové vyhlášce. OZP v dodatku garantuje možnost zohlednění důvodného nárůstu preskripce způsobeného předepisováním léčivých přípravků, u kterých došlo v důsledku dohody mezi poskytovatelem a OZP ke změkčení indikačních kritérií.

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

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

Praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD):

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

OZP nabízí bonifikace nad rámec vyhlášky podle čl. II. odst. 10.5 dodatku a přílohy č. 1 dodatku + s ohledem na zajištění péče v regionu s objektivním nedostatkem PLDD bude navíc Poskytovateli přiznána bonifikace ve výši 3,00 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce a 1 kalendářní měsíc.

OZP nabízí bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky podle přílohy č. 1 dodatku a dále také při dodržení metodiky obsažené příloze č. 2 – poskytovatelům doporučujeme se s obsahem příloh seznámit. Nad rámec úhradové vyhlášky se jedná o bonifikace za hodnocení nákladovosti péče, za fyzický pobyt školence na pracovišti (navýšení kapitační platby o 6 Kč), za zajištění návštěvních služeb (jednorázové příplatky za provedenou návštěvní službu v rozmezí 30 – 100 Kč) a za edukaci

zákonných zástupců při odmítnutí povinného očkování za screening kolorektálního karcinomu (jednorázový příplatek ve výši 50 Kč).

OZP dle dodatku uznává pro uznání bonifikace za celoživotní vzdělávání diplom celoživotního vzdělávání **platný po celou dobu roku 2022**. Z textu dodatku a ani úhradové vyhlášky nevyplývá výslovně uvedený postup v případě, že platnost dosavadního diplomu CŽV skončí v průběhu roku 2022. Praxe z minulých let ukázala, že nový diplom CŽV, který svou platností navazoval na dosavadní, přičemž časový rozdíl mezi skončením platnosti původního a začátkem platnosti nového nebyl větší než 30 dnů, byl bez problémů dále uznáván a podmínka platnosti po celou dobu roku 2022 zůstala zachována, doporučujeme i přesto poskytovatelům, kterých by se tato problematika týkala, pro veškerou jistotu učinit dotaz na příslušnou pobočku OZP, jak tyto situace řešit.

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

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

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

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

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

Ambulantní specialisté:

1) Verze dodatku A-LIM 2022

Návrh dodatku obsahuje oproti úhradové vyhlášce přísnější limitaci úhrady.

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

Absence finančního zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců může mít pro poskytovatele negativní dopad, resp. může znamenat, že poskytovatel obdrží dle dodatku nižší úhradu, nežli by obdržel dle úhradové vyhlášky. Jedná se zejména o poskytovatele, kteří v roce 2022 ošetří oproti roku 2019 vyšší počet mimořádně nákladných pojištěnců, resp. poskytnou jim péči, která významně překročí náklady na péči o mimořádně nákladné pojištění v roce 2019.

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

Pro nárok **na bonifikaci za provoz objednávkového systému** (navýšení hodnoty bodu a koeficientu navýšení v úhradovém vzorci) OZP požaduje, aby **poskyvatelé doručili OZP do 31.12.2022 čestné prohlášení, že využívají objednávkový systém** (viz čl. II odst. 2 písm. c) poslední věta). Čestné prohlášení doporučujeme OZP zaslat bez ohledu na to, zda dodatek poskytovatel podepíše či nikoli.

Podstatným rozdílem oproti úhradové vyhlášce je i ustanovení dodatku, podle kterého se regulace PUREMENTU neuplatní v případě, kdy poskytovatel ošetřil v **referenčním** období 100 a méně pojištěnců. Ve vyhlášce je naproti tomu zakotveno, že regulace PUREMENTU se neuplatní v případě, kdy poskytovatel ošetřil v **referenčním nebo hodnoceném** období 100 a méně pojištěnců. **Pokud dodatek podepíše poskytovatel, který v roce 2019 ošetřil, nebo 2022 ošetří 100 a méně pojištěnců OZP, bude mu celková úhrada zastropována PUREMENTU, i když podle úhradové vyhlášky by byl hrazen výkonově bez regulace.**

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

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou v dodatku zakotveny specifické bonifikace obsažené v čl. II. odst. 13 návrhu dodatku - **bonifikace za pojištěnce s poruchou autistického spektra (200 Kč), bonifikace za komplexní roční péči o polymorbidního pacienta v ambulanci internisty (500 Kč), bonifikace za péči o chronického pacienta s diagnózou Diabetes mellitus v ambulanci internisty (300 nebo 500 Kč), bonifikace za péči o chronického pacienta s diagnózou Hypertenze 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 péči o chronické pacienty s diagnózou atopická dermatitida a/nebo Lupénka**

psoriáza (500 Kč), bonifikace za včasné zařazení pacienta na čekací listinu k transplantaci ledviny (dle přílohy k dodatku – neobdrželi jsme).

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

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

Na rozdíl od vyhlášky návrh dodatku stanoví, že regulace za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči budou uplatněny souhrnně za veškeré předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a veškerou vyžádanou péči bez ohledu na odbornost předepisujícího poskytovatele (čl. II. odst. 12.10 dodatku). Úhradová vyhláška pro rok 2022 proti tomu stanoví, že pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, vypočtou se regulační omezení pro každou odbornost zvlášť. Výhodnost obou variant musí posoudit každý poskytovatel individuálně.

Návrh dodatku nad rámec vyhlášky deklaruje, že regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky se neuplatní anebo se uplatní pouze z části v případě, že poskytovatel průkazně ve více než 50 % případů předepisuje léčivé přípravky uvedené na pozitivním listu OZP resp. Svazu zdravotních pojišťoven ČR (čl. II. odst. 12.11 dodatku).

Závěr:

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

Podpis dodatku nelze doporučit těm poskytovatelům, kteří v roce 2019 ošetřili, nebo v roce 2022 lze předpokládat, že ošetří 100 a méně pojištěnců OZP, protože by byli regulováni úhradovým vzorcem, i když vyhláška je z regulace vyjímá.

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

Podpis dodatku je rizikový i 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 2022). Právní úprava umožňuje úhradový dodatek uzavřít kdykoli v průběhu roku, podmínkou jeho účinnosti je zveřejnění dodatku do konce roku 2022. Zveřejnění zajišťuje zdravotní pojišťovna. Podepsaný dodatek je tedy třeba doručit OZP do konce roku s určitým předstihem tak, aby měla OZP časový prostor pro jeho zveřejnění.

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

2) Verze dodatku A-VÚ

Tato verze dodatku zakotvuje výkonový způsob úhrady bez další regulace, přičemž hodnoty bodu odpovídají úhradové vyhlášce. Totéž platí i o podmínkách pro navýšení hodnoty bodu (diplom celoživotního vzdělávání, dodržení a rozložení ordinačních hodin). V této verzi dodatku OZP doložení čestného prohlášení o provozu objednávkového systému do 31.12.2022 nepožaduje. Poskytovatel však nic nezkaží, pokud i v případě tohoto typu dodatku česné prohlášení, že využívá objednávkový systém, OZP nejlépe do datové schránky zašle.

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou v dodatku zakotveny specifické bonifikace obsažené v čl. II. odst. 7 návrhu dodatku - **bonifikace za pojištěnce s poruchou autistického spektra (200 Kč), bonifikace za komplexní roční péči o polymorbidního pacienta v ambulanci internisty (500 Kč), bonifikace za péči o chronického pacienta s diagnózou Diabetes mellitus v ambulanci internisty (300 nebo 500 Kč), bonifikace za péči o chronického pacienta s diagnózou Hypertenze 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 péči o chronické pacienty s diagnózou atopická dermatitida a/nebo Lupénka psoriáza (500 Kč), bonifikace za včasné zařazení pacienta na čekací listinu k transplantaci ledviny (dle přílohy k dodatku – neobdrželi jsme).**

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

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

Ambulantní gynekologie (odbornost 603 a 604):

Verze dodatku GYN-LIM

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

Nad rámec vyhlášky jsou sjednávány bonusy (navýšení indexu IGV nebo IUV v úhradovém vzorci) při nízkém podílu registrovaných těhotných s provedeným genetickým nebo UZ vyšetřením:

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

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)
- 0,02 (malus)	nad 40% do 60% dtto (stejně ve vyhlášce)
- 0,04 (malus)	nad 60% dtto (stejně ve vyhlášce)

IUV (Index ultrazvukových vyšetření) – dle dodatku se oproti vyhlášce sjednává bonus za podíl těhotných s ultrazvukovým vyšetřením do 20%:

0,02 (bonus)	do 20% registrovaných těhotných pojištěnek s některým z vykázaných výkonů č. 32410, 32420 nebo 63415 (vyhláška nárok na bonus nezakotvuje)
0,00	do 40% registrovaných těhotných pojištěnek s některým z vykázaných výkonů 32410, 32420 nebo 63415 (stejně ve vyhlášce)
- 0,01 (malus)	nad 40% do 60% dtto (stejně ve vyhlášce)
- 0,03 (malus)	nad 60% dtto (stejně ve vyhlášce)

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

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

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

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 hodnotou bodu 1,05 Kč. Toto ustanovení v dodatku chybí.

V dodatku chybí ustanovení úhradové vyhlášky, že zdravotní pojišťovna zohlední vyšší průměrnou úhradu na ZUM a ZULP, pokud poskytovatel prokáže, že k navýšení došlo

v důsledku změny způsobu nebo výše úhrady ZUM/ZULP, nebo v důsledku změny struktury ošetřovaných pojištěnců.

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

Dodatek upřesňuje, že výkon 01543 – Epizoda péče/kontakt u pacientek v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře za 68 Kč (zakotveno i ve vyhlášce), lze vykázat s vyšetřením, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření, nebo dále pak s výkonem preventivní prohlídky a v rámci vyšetření v prenatalní poradně. Dále příslušné ustanovení (čl. II odst. 9).

Co se týče regulací za vyžádanou péči, léky a zdravotnické prostředky, stanoví dodatek **přísnější podmínky pro upuštění od regulací na základě námítky poskytovatele** (viz čl. II bod 13.6 návrhu dodatku). Úhradová vyhláška požaduje, aby poskytovatel odůvodnil „nezbytnost“ poskytnutí hrazených služeb, v jejichž důsledku došlo k překročení průměrných úhrad. Pokud poskytovatel toto zdůvodní, zdravotní pojišťovna nesmí regulaci uplatnit. OZP v dodatku sjednává, že poskytovatel musí **prokázat**, že k 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.

Závěr:

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

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 2022). Právní úprava umožňuje úhradový dodatek uzavřít kdykoli v průběhu roku, podmínkou jeho účinnosti je zveřejnění dodatku do konce roku 2022, které zajišťuje zdravotní pojišťovna. Podepsaný dodatek je tedy třeba doručit OZP do konce roku s určitým předstihem tak, aby měla OZP časový prostor pro jeho zveřejnění.

K podpisu dodatku OZP nutno doplnit, že OZP je jednou ze zdravotních pojišťoven, které odmítají zohledňovat námitky poskytovatelů proti vyúčtování, **pokud nebyl podepsán úhradový dodatek**. Jinými slovy, OZP tvrdí, že bez podpisu úhradového dodatku musí při vyúčtování postupovat

striktně dle úhradové vyhlášky, přičemž jakékoli zohlednění nad rámec vyhlášky není možné. Byť se s touto argumentací neztotožňujeme, považujeme za potřebné o tomto poskytovatele informovat.

V uplynulých letech nabízela OZP pro gynekology rovněž dodatek ve verzi GYN-VÚ, obdobně, jako je tomu u ambulantních specialistů. ČLK však ani na cílený dotaz neobdržela informaci, že by dodatek GYN-VÚ byl pro rok 2022 k dispozici a neobdržela jeho vzor. Z toho důvodu nemůže být v tomto stanovisku hodnocen.

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