

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům OZP pro rok 2020

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

OZP nabízí bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky podle příloh č. 1 a 2 dodatku – za hodnocení nákladovosti, pro školící pracoviště, za provádění návštěvní služby, za provádění screeningu kolorektálního karcinomu, za péči o chronické pacienty, za kvalitu péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem a sjednává se výkon za poučení při odmítnutí očkování - poskytovatelům doporučujeme se s obsahem příloh seznámit.

Dodatek sjednává **odlišně od vyhlášky bonifikaci za provádění preventivních prohlídek**, a to tak, že poskytovatel, který provedl preventivní prohlídku **v roce 2018** u nejméně 30% registrovaných pojištěnců, má nárok na navýšení základní kapitační sazby **o 2,50 Kč** (úhradová vyhláška garantuje navýšení o 0,50 Kč a bonifikaci vztahuje k počtu preventivních prohlídek v roce

2020). Bonifikace za provedení preventivních prohlídek není na rozdíl od vyhlášky vázána na pojištěnce ve věku 40-80 let.

V čl. II. odst. 12 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.

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.

[Vložit odkaz na příloha 1, 2 a 4](#)

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 přepočítání výše kapitální platby.

- V čl. II. odst. 9 je zakotveno, že **poskytovatel ztrácí v příslušném měsíci nárok na úhradu kapitální 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 kapitální 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 nabízí bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky podle příloh č. 1 a 2 dodatku – za hodnocení nákladovosti, pro školící pracoviště, za provádění návštěvní služby, za kvalitu péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem a sjednává se výkon za poučení při odmítnutí očkování - poskytovatelům doporučujeme se s obsahem příloh seznámit.

Nad rámec úhradové vyhlášky je v dodatku dále sjednávána **bonifikace za používání antibiotik.** Poskytovatel, který předepsal v roce 2018 z celkového předepsaného objemu antibiotik 2/3 antibiotik ze skupiny penicilínů nebo aminopenicilinů, tj. z ATC skupiny J01CA a J01CE (do této skupiny se nepočítají potencované aminopeniciliny) anebo potencovaných aminopenicilinů. Takovému poskytovateli se **navýší základní kapitální sazba o 2 Kč (čl. II. odst. 10.7.)**

Dodatek oproti vyhlášce **nesjednává bonifikaci za provádění preventivních prohlídek.**

Nad rámec úhradové vyhlášky se v dodatku sjednává **navýšení roční úhrady za účast na lékařských pohotovostních službách o dalších 5 000 Kč za rok, tj. na 45 000 Kč (viz čl. II odst. 10.16 vzorového dodatku).**

V čl. II. odst. 12 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.

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.

Vložit odkaz na příloha 2, 3 a 4

3) Ambulantní specialisté:

1) Verze A-LIM 2020

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 pojištěnce**. Limit úhrady v roce 2020 je stanoven následovně:

Počet ošetřených pojištěnců v roce 2020 (vyjma těch, na které byl vykázán pouze výkon 09513) x průměrná úhrada na URČ za výkony včetně ZUM a ZULP v roce 2018 x (1,05+KN)

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 2020 ošetří oproti roku 2018 vyšší počet mimořádně nákladných pojištěnců, resp. péče, kterou jim v roce 2020 poskytnou, významně překročí náklady na péči o mimořádně nákladné pojištěnce v roce 2018.

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.

Podstatným rozdílem oproti úhradové vyhlášce je i ustanovení dodatku, podle kterého se regulace PUREMENT neuplatní v případě, kdy poskytovatel ošetřil v **referenčním** období 80 a méně pojištěnců. Ve vyhlášce je naproti tomu zakotveno, že regulace PUREMENT se neuplatní v případě, kdy poskytovatel ošetřil v **referenčním nebo hodnoceném** období 80 a méně pojištěnců. **Pokud poskytovatel dodatek OZP podepíše a v roce 2020 ošetří 80 a méně pojištěnců, bude úhrada zastropována PUREMENT, i když podle úhradové vyhlášky by byl hrazen výkonově bez regulace.**

Bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK a dodržení podmínek ordinačních hodin (navýšení hodnoty bodu o 0,04 Kč a koeficientu nárůstu o 0,04 za každou splněnou podmínku) a bonifikace za nové pojištěnce a objednávkový systém navýšení hodnoty bodu o 0,02 Kč a koeficientu nárůstu o 0,04) korespondují s úhradovou vyhláškou.

Výkon 09543 a výkon (09615 – signální výkon klinického vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let) má být dle návrhu dodatku hrazen bez početního omezení částkou 35 Kč – i to je v souladu s úhradovou vyhláškou.

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou v dodatku zakotveny specifické bonifikace viz 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 diabetika v 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 (dle přílohy k dodatku).**

Návrh dodatku na rozdíl od úhradové vyhlášky nevyjímá z regulací poskytovatele v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309. Pokud poskytovatelé v uvedených odbornostech obdrží tento typ dodatku, nelze jeho podpis doporučit a je třeba požádat OZP o předložení dodatku, ve kterém bude zakotven výkonový způsob úhrady.

Regulace za vyžádanou péči, léky a zdravotnické prostředky nebudou uplatněny u poskytovatelů, kteří během roku 2018 nebo 2020 ošetřili **120 a méně unikátních pojištěnců OZP**. Tato dohoda je **příznivější nežli úhradová vyhláška**, která pro tyto účely zakotvuje počet 100 a méně unikátních pojištěnců.

Oproti úhradové vyhlášce **OZP v dodatku nesjednává regulace za překročení limitu na ZUM/ZULP** pro poskytovatele, kteří vykazují výkony uvedené v části A bodu 1 vyhlášky.

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 2020 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.

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 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 (2017 a 2018) vědí, že zohlednění tzv. mimořádně nákladných pojištěnců pro ně má významný pozitivní úhradový dopad, doporučujeme podpis dodatku zvážit.

Podpis dodatku nelze doporučit těm poskytovatelům, kteří v roce 2020 ošetří 80 a méně pojištěnců OZP, protože by byli regulováni úhradovým vzorcem, i když vyhláška je z regulace vyjímá.

S podpisem dodatku lze vyčkat do doby, nežli bude možné finanční dopad dodatku posoudit. Právní úprava umožňuje úhradový dodatek uzavřít kdykoli v průběhu roku, podmínkou jeho účinnosti je zveřejnění do konce roku 2020, které zajišťuje zdravotní pojišťovna.

Podpis dodatku, ve kterém bude 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).

Poskytovatelé v odbornosti 701, 702 nebo 704 (ORL, dětská ORL a foniatrie) nebo v odbornosti 404, 405 nebo 406 (dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie) mají dle dohody z dohodovacího řízení pro rok 2020 nárok na navýšení hodnoty PURO. V uvedených odbornostech došlo od 1.1.2016 k nápravě chyby v Seznamu zdravotních výkonů, kdy výkony, které může vykonávat pouze lékař L3 (se specializovanou způsobilostí), byly původně kalkulovány na lékaře L1 (bez kmene) nebo L2 (s kmenem). Tato změna SZV (navýšení bodového ohodnocení výkonů) však nebyla dosud promítnuta do úhrad. V rámci dohodovacího řízení pro rok 2020 bylo mezi zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů dohodnuto, že poskytovatelům ve výše uvedených odbornostech, kteří byli hrazeni v roce 2018 se skutečnou hodnotou bodu pod 1,03 Kč, bude navýšeno PURO pro rok 2020. OZP sice nárok na navýšení PURO u těchto poskytovatelů na rozdíl od VZP ČR neuvedla, ale písemně zástupcům odbornosti přislíbila, že navýšení PURO provede u těchto poskytovatelů v souladu s dohodou v dohodovacím řízení v rámci konečného vyúčtování roku 2020.

Vložit odkaz na přílohu č. 5

b) Verze A-VÚ

Tato verze dodatku zakotvuje výkonový způsob úhrady bez další regulace, přičemž základní hodnota bodu (1,07 Kč) i specifické hodnoty bodu odpovídají úhradové vyhlášce. Totéž platí i o podmínkách pro navýšení hodnoty bodu (diplom celoživotního vzdělávání, dodržení a rozložení ordinačních hodin).

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 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 (dle přílohy k dodatku).

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

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.

Závěrem toliko pro preciznost upozorňujeme na technickou chybu v číslování odstavců v čl. II., ve kterém schází odstavec 2, přičemž odstavcem 8 je na odstavec 2 odkazováno. Správný odkaz je na odstavec 1.8., z textu dodatku a jeho smyslu je však nepochybně patrné, že je v odstavci 8 myšlen právě odstavec 1.8.

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 ČŽV, 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.**

Vložit odkaz na přílohu 6

4) Gynekologové:

a) Verze GYN-LIM

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

Doporučujeme věnovat pozornost příloze č. 1, na kterou odkazuje čl. II. odst. 4 - hrazené zdravotní služby poskytované těhotným pojištěnkám budou hrazeny platbou za jednotlivé trimestry ve výši a za podmínek stanovených Metodikou – 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 (odkaz v čl. II. odst. 7).

Dodatek upřesňuje, že výkon 01543 – Epizoda péče/kontakt u pacientek v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře za 55 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 prenatální poradně.

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 je srovnatelný s úhradovou vyhláškou a kromě bonifikace za kvalitu péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem, jejíž finanční dopad nelze ani odhadovat, nepřináší oproti vyhlášce žádnou výhodu.

Nad rámec vyhlášky je v dodatku v článku II odst. 17 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.

Nutno dodat, že je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. 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 i s jeho přílohami (Metodika – Organizace péče o těhotné) před podpisem pečlivě seznámit.

Vložit odkaz na přílohu 7

b) Verze GYN-VÚ

Tato verze zakotvuje výkonový způsob úhrady, přičemž základní hodnota bodu odpovídá úhradové vyhlášce (1,08 Kč). Totéž platí i o dalších navýšeních (diplom celoživotního vzdělávání, dodržení a rozložení ordinačních hodin, certifikát ISO).

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.

Doporučujeme věnovat pozornost příloze č. 1, na kterou odkazuje čl. II. odst. 4 - hrazené zdravotní služby poskytované těhotným pojištěnkám budou hrazeny platbou za jednotlivé trimestry ve výši a za podmínek stanovených Metodikou – 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 (odkaz v čl. II. odst. 5).

Dodatek upřesňuje, že výkon 01543 – Epizoda péče/kontakt u pacientek v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře za 55 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 prenatální poradně.

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 pro výkonovou úhradu garantuje stejnou hodnotu bodu jako úhradová vyhláška, neobsahuje regulace a nad rámec výkonové úhrady nabízí další navýšení úhrady formou bonifikací. V tomto ohledu je **návrh úhradového dodatku GYN-VÚ 2020 výhodnější nelži úhradová vyhláška a lze jej doporučit k podpisu.**

Vložit odkaz na přílohu 8

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

