



V Praze dne 11.1.2018
čj.: 127/2018

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům s ČPZP pro rok 2018

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna 205 (ČPZP) v těchto dnech rozesílá smluvním poskytovatelům zdravotních služeb návrhy úhradových dodatků ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro rok 2018. 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:

Dodatek v principu odpovídá úhradové vyhlášce, plusem jsou možné bonifikace (preventivní péče, akreditace zdravotnického zařízení pro uskutečňování vzdělávacího programu v oboru, faktická příprava školenců atd.), kterých může praktický lékař dosáhnout.

Další bonifikací je zvýšení kapitační platby o 1 Kč (z 54 na 55 Kč) pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům ČPZP objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,

Zvláštní bonifikací navíc je bonifikace za účast na realizaci projektu „Systém integrované péče“ (SIP). Postata projektu je popsána na webových stránkách ČPZP (www.cpzp.cz). Zapojení do tohoto projektu je dobrovolné. Pokud se praktický lékař zapojí a splní podmínky stanovené v úhradovém dodatku, má nárok na další bonifikaci.

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 omezení odpovídají úhradové vyhlášce, v textu dodatku je na příslušnou část úhradové vyhlášky přímo odkazováno.

Naopak v návrhu dodatku chybí bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK, což je ovšem nenároková bonifikace, kterou úhradová vyhláška nezakotvuje.

Upozorňujeme rovněž na článek 4 - v případě nesouhlasu s vyúčtováním může poskytovatel vznést námitky do 30 dnů po obdržení informace o vyúčtování. Pokud na tuto lhůtu poskytovatel přistoupí, jedná se již o smluvně sjednanou lhůtu. Nemáme za to, že sjednání této lhůty znamená, že později námitky vznést již vůbec nelze, takto propadná lhůta by musela být výslovně sjednána. Toto ujednání však jde nad rámec smlouvy o poskytování a úhradě hrazené péče, kde není pro podání námitek proti vyúčtování sjednána žádná konkrétní lhůta. Pokud poskytovatel úhradový dodatek podepíše, měl by sjednanou lhůtu při uplatnění námitek dodržet. V případě, kdy nebude lhůta 30 dnů pro zpracování odůvodnění námitky dostatečná, lze v této sjednané lhůtě podat alespoň tzv. blanketní námitku, ve které poskytovatel uvede, že s vyúčtováním nesouhlasí a z důvodu časové náročnosti zpracování námitky zašle konkrétní zdůvodnění v prodloužené lhůtě, kterou konkrétně specifikuje.

Návrh dodatku obsahuje bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. **V tomto ohledu lze podepsání dodatku doporučit.**

Nutno dodat, že se jedná pouze o doporučení a je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně platí, 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.

2) Ambulantní specialisté:

Oproti úhradové vyhlášce **chybí ve vzorci výpočtu celkové výše úhrady nárok na navýšení úhrady v případě péče o mimořádně nákladné pojištěnce.**

Plusem je bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK – zvýšení indexu ve vzorci celkové výše úhrady o 0,01 (tedy např. obecně bez případných dalších bonifikací z 1,018 na 1,028).

Další bonifikaci obdrží poskytovatel, který zajistí dostupnost hrazených služeb 5 pracovních dní v týdnu a ordinační dobu s pozdějším koncem (minimálně 1x týdně ordinační hodiny do 18,00 hod alespoň u jednoho lékaře daného Poskytovatele nebo 1x týdně od 7,00 hod) a doručí na příslušné pracoviště ČPZP nebo nahlásí elektronicky aktuální přehled ordinačních hodin společně s čestným prohlášením o dodržení těchto ordinačních hodin v průběhu celého roku 2018, a to nejpozději do 30.4.2018. Těmto poskytovatelům bude zvýšen index ve vzorci celkové výše úhrady o 0,012 (tedy např. obecně bez případných dalších bonifikací z 1,018 na 1,03).

Shora uvedené bonifikace se sčítají. Poskytovatel tak může dosáhnout až na index navýšení limitu úhrady 1,04. Výhoda oproti úhradové vyhlášce tak činí navýšení úhrady o 2,2%. Je třeba upozornit, že ne každému poskytovateli může toto navýšení limitu úhrady dostatečně vykompenzovat úhradu péče, kterou v roce 2018 poskytne tzv. mimořádně nákladným pojištěncům, tj. pojištěncům, kteří budou v roce 2018 čerpat péči odpovídající pěti a více násobku průměrné úhrady v referenčním období (PURO₀). **V tomto může být úhradový dodatek méně výhodný nežli úhradová vyhláška, která zohlednění tzv. mimořádně nákladných pojištěnců v úhradě předpokládá (navyšuje úhradu nad rámec limitu) a je to jediný kompenzační mechanismus, který předvídatelně řeší navýšení úhrady, pokud poskytovatel bude muset v hodnoceném období**

(2018) proti referenčnímu období (2016) poskytnout pojištěncům dané zdravotní pojišťovny tzv. mimořádně nákladnou péči.

Návrh dodatku počítá s navýšením předběžných měsíčních úhrad oproti úhradové vyhlášce. Úhradová vyhláška garantuje měsíční předběžnou úhradu ve výši 1/12 z 101,8 % objemu úhrady za referenční období (2016). Návrh dodatku stanoví předběžnou výši měsíční úhrady ve výši 1/12 ze 104 % objemu úhrady za referenční období. Navýšení předběžné měsíční úhrady na 104 % referenčního období odpovídá v úhradovém dodatku sjednaným bonifikacím, na základě kterých může být limit celkové úhrady stanovený podle referenčního období navýšen až o 4% (dle vyhlášky maximálně o 1,8% + zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců). Nutno uvést, že předběžné měsíční úhrady mají charakter zálohových plateb, které budou po ukončení roku 2018 vyúčtovány, a nelze z nich dovozovat, jakou úhradu poskytovatel nakonec obdrží. Ta bude v případě podpisu dodatku vypočtena dle čl. 1 (u odborností a výkonů hrazených výkonově bez regulací) a/nebo dle čl. 3 návrhu dodatku (u odborností, resp. výkonů neuvedených v čl. 1, kdy se stanoví maximální úhrada za rok 2018 podle úhrady v roce 2016 a sjednaných bonifikací v čl. 2). Opět upozorňujeme, že úhradový vzorec obsažený v čl. 3 neobsahuje nárok na navýšení úhrady v případě péče o mimořádně nákladné pojištěnce.

Regulační omezení ve vztahu k vyžádané péči, léčivým přípravkům a zdravotnickým prostředkům a ZUM/ZULP v principu odpovídají úhradové vyhlášce, v textu dodatku je však potřeba upozornit na zřejmou **legislativně-technickou chybu** – příslušná ustanovení článku 11 dodatku odkazují na pravidla obsažená především v člancích 10.2. až 10.4. dodatku, evidentně jsou však myšleny články 11.2. až 11.4. Pokud poskytovatel obdrží návrh dodatku s touto chybou, doporučujeme, aby se obrátil na ČPZP se žádostí o zaslání správného znění dodatku.

V souladu s úhradovou vyhláškou návrhu úhradového dodatku vylučuje z limitace úhrady péči poskytnutou v odbornostech 305, 306, 308 a 309.

V rozporu s úhradovou vyhláškou je však v dodatku zakotveno pravidlo pro poskytovatele, kteří poskytují hrazené služby ve více odbornostech – úhradová vyhláška uvádí, že se regulační omezení vypočtou a uplatní za každou odbornost zvlášť, dodatek pro rok 2018 naopak tento výpočet a uplatnění vztahuje na poskytovatele jako celek.

Zbytek textu návrhu úhradového dodatku odpovídá úhradové vyhlášce.

Je na uvážení každého poskytovatele, zda s ohledem na shora uvedené úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Zejména pokud jde o poskytovatele, kteří mohou mít v péči tzv. mimořádně nákladné pacienty.

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. Zejména poskytovatelům, kteří z návrhu úhradového dodatku nemohou dovodit, jak jim bude poskytnutá péče uhrazena (zejména nově vzniklí poskytovatelé, kteří v referenčním období neexistovali nebo neměli úplné referenční období, nebo ti, kteří převzali praxi od svého kolegy podnikajícího jako OSVČ, u kterých je limit úhrady stanovován podle srovnatelných poskytovatelů), 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, kdy není úhradový dodatek uzavřen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit hrazené služby podle úhradové vyhlášky pro rok 2018 (vyhláška č. 353/2017 Sb.). Poskytovatel si v takovém případě ponechává plný argumentační prostor pro diskusi o konečné výši úhrady. Takový postup je na místě zejména u poskytovatelů, kteří nedokáží dopad regulací na své zařízení dopředu odhadnout (nové zařízení, převzaté zařízení atd.) nebo u poskytovatelů, kteří nemohou vyloučit péči o tzv. mimořádně nákladné pojištěnce v průběhu roku 2018 (viz výše).

3) Gynekologové:

Dodatek v principu odpovídá úhradové vyhlášce, obsahuje navíc následující **bonifikace**:

- navýšení celkové úhrady nad rámec stanovený úhradovou vyhláškou koeficientem 0,01 pro poskytovatele, který zajistí dostupnost hrazených služeb 5 pracovních dní v týdnu a ordinační dobu s pozdějším koncem (minimálně 1x týdně ordinační hodiny do 18,00 hod alespoň u jednoho lékaře daného Poskytovatele nebo 1x týdně od 7,00 hod) a doručí na příslušné pracoviště ČPZP nebo nahlásí elektronicky aktuální přehled ordinačních hodin společně s čestným prohlášením o dodržení těchto ordinačních hodin v průběhu celého roku 2018, a to nejpozději do 30.4.2018.
- navýšení celkové úhrady nad rámec stanovený úhradovou vyhláškou koeficientem 0,01 pro poskytovatele, který doloží kopii certifikace ISO platnou minimálně po dobu 6 měsíců roku 2018
- navýšení celkové úhrady nad rámec stanovený úhradovou vyhláškou koeficientem 0,01 pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK.

Všechny shora uvedené koeficienty se sčítají a představují proměnnou koeficient I_{kva} , kterou se navýší (vynásobí) celková úhrada stanovená dle vzorce obsaženého v úhradové vyhlášce. Jinými slovy, celkový limit úhrady stanovený dle úhradové vyhlášky jako součin hodnoty proměnné POPzpo, proměnné PUROo a koeficientu 1,02, který vychází z úhradové vyhlášky, se dle dodatku ještě vynásobí koeficientem I_{kva} , který může dosáhnout až hodnoty 0,03, tj. dojde k dalšímu navýšení proti úhradové vyhlášce až o 3 %.

Další bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky je uvedena v článku 10 – podmínky pro bonifikaci za provedené preventivní prohlídky a nově registrované pojištěnky.

Zvláštní pozornost je potřeba věnovat úhradovým balíčkovým podle článku 11 a 14. Zde musí poskytovatel zdravotní péče důsledně posoudit, zda se mu tato „balíčková“ úhrada vyplatí či nikoliv. V případě, že je tento systém pro poskytovatele výhodný a úhradový dodatek bude podepsán, bude nutno postupovat při vykazování "balíčkové" péče přesně v souladu s tímto dodatkem.

Dále je třeba upozornit na čl. 12 a 13 návrhu dodatku, kde jsou stanoveny další podmínky úhrady péče dle úhradového dodatku a konkrétní povinnosti poskytovatele, jejichž splnění je podmínkou poskytnutí bonifikací.

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 omezení odpovídají úhradové vyhlášce, v textu dodatku je na příslušnou část úhradové vyhlášky přímo odkazováno.

Návrh dodatku obsahuje při zachování regulace úhrady dle referenčního období řadu bonifikací 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. Zejména zvláštní pozornost je potřeba věnovat výše uvedené úhradě „balíčkové péče“.

I v tomto případě 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) 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. Zejména poskytovatelům, kteří z návrhu úhradového dodatku nemohou dovodit, jak jim bude poskytnutá péče uhrazena (zejména nově vzniklí poskytovatelé, kteří v referenčním období neexistovali nebo neměli úplné referenční období, nebo ti, kteří převzali praxi od svého kolegy podnikajícího jako OSVČ, u kterých je limit úhrady stanovován podle srovnatelných poskytovatelů), 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, kdy není úhradový dodatek uzavřen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit hrazené služby podle úhradové vyhlášky pro rok 2018 (vyhláška č. 353/2017 Sb.). Nutno dodat, že úhradová vyhláška neobsahuje žádné konkrétní bonifikace ani tzv. balíčkové úhrady.

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK