

## Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům s ČPZP pro rok 2017

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna 205 (ČPZP) v těchto dnech rozesílá soukromým poskytovatelům zdravotních služeb návrhy úhradových dodatků ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb pro rok 2017. 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.

Zvláštní bonifikací navíc je „Systém integrované péče“. Zapojení do tohoto projektu není zákonná povinnost, ale má-li praktický lékař v péči chronicky nemocné pacienty, může pomocí tohoto institutu dosáhnout dalšího bonusu. Nemá-li v péči takového pacienty, nejde mu to k tíži.

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.

Naopak v návrhu dodatku chybí bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK, což je ovšem nenáročná 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 námítka 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 námítka zašle konkrétní zdůvodnění v prodloužené lhůtě, kterou konkrétně specifikuje.

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

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) 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. Současně je z limitace úhrady za výkony vyjmuta úhrada za ZUM a ZULP. ZUM a ZULP podléhá pouze samostatné regulaci jako léčiva nebo vyžádaná péče.

Návrh úhradového dodatku obsahuje příslib ČPZP, že v případě vyššího podílu nákladnějších pojištěnců proti referenčnímu období, se bude žádostí poskytovatele o zohlednění této skutečnosti při stanovení výše úhrady zabývat. Poskytovatel, který návrh úhradového dodatku akceptuje a následně bude z důvodu vyšší nákladovosti péče proti referenčnímu období požadovat navýšení úhrady nad sjednaný limit, musí uplatnit písemnou námitku proti vyúčtování, ve které vyšší nákladovost namítne a konkrétně zdůvodní.

V souladu s úhradovou vyhláškou návrhu úhradového dodatku vylučuje z limitace úhrady péči poskytnutou v odbornostech 305,306,308 a 309 pojištěncům ČPZP, kterým bylo nařízeno ochranné léčení. **Nad rámec úhradové vyhlášky je úhradovým dodatkem stanovena povinnost poskytovatele předložit seznam osob ošetřených v roce 2017 v podobě rodných čísel, které byly v péči poskytovatele v roce 2017 a jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení, nejpozději do 31.1.2018.**

Negativním rozdílem oproti úhradové vyhlášce je absence bonifikace v podobě zvýšení limitu pro uplatnění regulačních omezení ze 102 % na 105 % úhrady v referenčním období pro poskytovatele, kteří vystaví alespoň 50 % receptů v elektronické podobě.

Plusem je naopak bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK – zvýšení indexu ve vzorci celkové výše úhrady z 1,035 na 1,05.

Zbytek textu návrhu úhradového dodatku odpovídá úhradové vyhlášce.

Návrh dodatku obsahuje při zachování regulace úhrady dle referenčního období bonifikaci pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK, která 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 pokud jde o poskytovatele, kteří mohou mít v péči tzv. mimořádně nákladné pacienty, anebo poskytovatele, pro které zvýšení limitu pro regulace předepsaných léčivých přípravků při vystavování elektronických receptů znamená nezanedbatelnou výhodu.

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 2017 (vyhláška č. 348/2016 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.).

### **3) Gynekologové:**

Dodatek v principu odpovídá úhradové vyhlášce, obsahuje navíc jako plus další možné bonifikace – zvýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč za nahlášení a dodržení ordinačních hodin, dále zvýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč za certifikát ISO.

Plusem je také bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK – zvýšení indexu ve vzorci celkové výše úhrady z 1,035 na 1,05.

Další bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky je uvedena v článku 9 – podmínky pro bonifikaci za provedené preventivní prohlídky a nově registrované pojištěnky.

Zvláštní pozornost je potřeba věnovat úhradovým balíčkovým podle článku 10 a 13. 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. 11 a 12 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.

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 dovést, 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 2017 (vyhláška č. 348/2016 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.).

MUDr. Milan Kubek  
prezident ČLK