

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům s ČPZP pro rok 2019

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 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:

Dodatek v principu odpovídá úhradové vyhlášce.

Výhodou oproti úhradové vyhlášce je, že výkon 09543 (kompenzace za zrušené regulační poplatky) 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.

Ve vzorovém dodatku, který ČPZP komoře předložila, jsou v čl. 2 vyjmenovány jednotlivé typy navýšení kapitační sazby (většina nad rámec úhradové vyhlášky) – nákladovost klientely, preventivní péče, akretitace/příprava nových PL, rychlotesty. V návrhu dodatku nicméně nejsou žádné konkrétní podmínky pro tato navýšení kapitační platby uvedeny. Podmínky by měly být jednotné pro všechny poskytovatele a ČPZP by je měla poskytovateli sdělit. Sečtením základní kapitační sazby a jednotlivých navýšení vyjde individuální kapitační sazba. Lze předpokládat, že každý poskytovatel obdrží od ČPZP individuální návrh dodatku s již uvedenou individuální kapitační platbou. V případě nejasností o stanovení individuální kapitační platby doporučujeme kontaktovat ČPZP.

Nad rámec vyhlášky je zakotvena další možná bonifikace na základě vyhodnocení sledování parametrů kvality péče o chronicky nemocné pacienty s hypertenzí a diabetem – na rozdíl od navyšování kapitační sazby jsou konkrétní podmínky pro uplatnění této bonifikace v úhradovém dodatku blíže specifikovány v článku 2.

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

Upozorňujeme na článek 3, kde je sjednáváno, že 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. Vzhledem k tomu, že v ustanovení není výslovně sjednáno, že uplynutím lhůty nárok poskytovatele na podání námítky proti vyúčtování zaniká, lze dovodit, že se nejedná o tzv. prekluzivní lhůtu. Námitku proti vyúčtování lze tedy podat i po uplynutí lhůty. Nicméně, pokud poskytovatel úhradový dodatek podepíše, měl by se snažit sjednanou lhůtu pro uplatnění námitek dodržet. V případě, kdy nebude lhůta 30 dnů pro zpracování odůvodnění námítky 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 námítky zašle konkrétní zdůvodnění v prodloužené lhůtě, kterou konkrétně specifikuje.

Návrh dodatku obsahuje ustanovení nad rámec úhradové vyhlášky, která činí dodatek 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) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

2) Praktičtí lékaři pro děti a dorost:

Dodatek v principu odpovídá úhradové vyhlášce.

Výhodou oproti úhradové vyhlášce je, že výkon 09543 (kompenzace za zrušené regulační poplatky) 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.

Ve vzorovém dodatku, který ČPZP komoře předložila, jsou v čl. 2 vyjmenovány jednotlivé typy navýšení kapitační sazby (většina nad rámec úhradové vyhlášky) – nákladovost klientely, proočkovanost dětské populace, preventivní péče, akretitace/příprava nových PLDD, rychlotesty. V návrhu dodatku nicméně nejsou žádné konkrétní podmínky pro tato navýšení kapitační platby uvedeny. Podmínky by měly být jednotné pro všechny poskytovatele a ČPZP by je měla poskytovateli sdělit. Sečtením základní kapitační sazby a jednotlivých navýšení vyjde individuální kapitační sazba. Lze předpokládat, že každý poskytovatel obdrží od ČPZP individuální návrh dodatku s již uvedenou individuální kapitační platbou. V případě nejasností o stanovení individuální kapitační platby doporučujeme kontaktovat ČPZP.

Nad rámec úhradové vyhlášky jsou konkrétně upraveny podmínky pro úhradu výkonů očkování v článku 2 - specifikace podmínek úhrady povinného, resp. hrazeného očkování povinností dodržet Metodiku ČPZP, dostupnou na webových stránkách pojišťovny a způsob vykazování stanovený v dodatku. Doporučujeme všem poskytovatelům, aby se před podpisem dodatku s Metodikou pro provádění pravidelných očkování i s podmínkami vykazování uvedenými v dodatku seznámili.

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

Upozorňujeme na článek 3, kde je sjednáváno, že 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. Vzhledem k tomu, že v ustanovení není výslovně sjednáno, že uplynutím lhůty nárok poskytovatele na podání námítky proti vyúčtování zaniká, lze dovodit, že se nejedná o tzv. prekluzivní lhůtu. Námitku proti vyúčtování lze tedy podat i po uplynutí lhůty. Nicméně, pokud poskytovatel úhradový dodatek podepíše, měl by se snažit sjednanou lhůtu pro uplatnění námitek dodržet. V případě, kdy nebude lhůta 30 dnů pro zpracování odůvodnění námítky 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 námítky zašle konkrétní zdůvodnění v prodloužené lhůtě, kterou konkrétně specifikuje.

Návrh dodatku obsahuje ustanovení nad rámec úhradové vyhlášky, která činí dodatek 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) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech.

3) Ambulantní specialisté:

Dodatek v zásadě kopíruje úhradovou vyhlášku, včetně výpočtu limitu úhrady.

V souladu s vyhláškou je zakotvena bonifikace pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK – zvýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč a navýšení limitu úhrady o 2%, včetně konkrétních podmínek pro přiznání této bonifikace (čl. 2 dodatku). V souladu s vyhláškou je zakotveno i další navýšení limitu úhrady za rozložení ordinační doby v rámci dne a celého týdne – zvýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč a limitu úhrady o 2% za splnění každé ze dvou uvedených podmínek.

V souladu s vyhláškou je zakotveno, že regulace maximální úhradou nebude použita u poskytovatelů, kteří v referenčním nebo hodnoceném období ošetřili 50 a méně pojištěnců ČPZP. Tento počet bude navýšen pro ty poskytovatele, kteří splní podmínky stanovené v čl. 1 bod f) i – iii a v čl. 3 písm. a) až c) dodatku, a to tak, že za každou splněnou podmínku se navyšuje počet pojištěnců o 10. Jinými slovy, minimální počet pojištěnců, kdy se neuplatní limitace maximální úhradou, může činit 50 – 80, podle toho, jaké podmínky poskytovatel splní.

Upozorňujeme, že dodatek modifikuje negativní způsobem zohlednění nových výkonů v úhradě. Úhradová vyhláška předpokládá, že pokud poskytovatel nasmlouvá nové výkony a ty navýší průměrnou nákladovost vykázané péče, budou nové výkony uhrazeny nad rámec limitu, včetně ZUM a ZULP, a to s plnou hodnotou bodu, kterou stanoví vyhláška, včetně případného navýšení hodnoty bodu při splnění stanovených vyhláškou podmínek (diplom CŽV, ordinační doba atd.). Návrh dodatku upravuje podmínky úhrady nových výkonů jinak, když v čl. 6 stanoví, že pojišťovna nárůst průměrné úhrady nebo průměrného počtu bodů na URČ v důsledku nových výkonů **případně** zohlední v rámci celkového finančního vypořádání. V dodatku je tedy sjednáno, že navýšení úhrady při nasmlouvání nových výkonů je ponecháno na uvážení zdravotní pojišťovny.

V oblasti regulací dodatek kopíruje úhradovou vyhlášku.

Návrh úhradového dodatku nepřináší oproti úhradové vyhlášce žádnou výhodu. Naopak, v dodatku je negativně modifikován nárok poskytovatele na navýšení úhrady v případě nasmlouvání nových výkonů. Podpis dodatku lze doporučit těm poskytovatelům, kteří považují úhradovou vyhláškou i dodatkem nastavené úhradové podmínky za akceptovatelné. Naopak poskytovatelé s velmi nízkými referenčními limity, nasmlouvanými novými výkony nebo neznámými referenčními limity (noví poskytovatelé nebo poskytovatelé, kteří převzali praxi a měly by být u nich použity referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů) by měli podpis dodatku pečlivě zvážit. Podpis dodatku znamená dobrovolný souhlas se způsobem výpočtu celkové úhrady, včetně regulací. Pokud nebude úhradový dodatek podepsán, uplatní se automaticky úhradová vyhláška, tj. zcela stejný způsob úhrady, který stanoví dodatek, s tím rozdílem, že nemůže být

poukazováno na to, že poskytovatel způsob úhrady stanovený ve vyhlášce dobrovolně sjednal. Prostor pro jednání o navýšení úhrady tak zůstává při odmítnutí dodatku otevřený.

4) Gynekologové:

Dodatek v principu odpovídá úhradové vyhlášce, umožňuje však další navýšení úhrady nad její rámec. Konkrétně je **nad rámec vyhlášky** sjednáváno:

- navýšení celkové úhrady nad rámec stanovený úhradovou vyhláškou o další 1% (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 2019, a to nejpozději do 30.4.2019.
- navýšení celkové úhrady nad rámec stanovený úhradovou vyhláškou o další 1% (koeficientem 0,01) pro poskytovatele, který doloží kopii certifikace ISO platnou minimálně po dobu 6 měsíců roku 2019.

Navýšení celkové úhrady o 1% (koeficientem 0,01) pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK odpovídá textu úhradové vyhlášky.

Celkem tedy může poskytovatel při podpisu dodatku dosáhnout navýšení PURO o **8%** (5% zakotvuje u všech úhradová vyhláška + 1% DCŽV + až 2% na základě dodatku).

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

Zvláštní pozornost je třeba věnovat článku 11, kde jsou nad rámec vyhlášky specifikovány podmínky úhrady zdravotních služeb poskytovaných těhotným.

V čl. 12 a 13 vzorového dodatku, kde jsou stanoveny další podmínky úhrady péče dle úhradového dodatku a konkrétní povinnosti poskytovatele, jejichž splnění je podmínkou poskytnutí bonifikací. Konkrétně je třeba upozornit, že poskytovatel se podpisem dodatku zavazuje, že v souvislosti s screeningem karcinomu děložního hrdle nepřijme od pojištěnky žádnou úhradu. V případě porušení této povinnosti ztrácí poskytovatel nárok na bonifikace a další zvýhodnění sjednávána v 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.

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 bonifikace a zvýhodnění nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška.

Před podpisem dodatku doporučujeme se s jeho obsahem podrobně seznámit, jelikož obsahuje konkrétní podmínky nároku na bonifikace, které je třeba splnit.

Nutno doplnit, že je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. I v tomto případě však 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, resp. zahájit jednání o změně referenčních limitů ještě před podpisem dodatku. 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 2019 (vyhláška č. 201/2018 Sb.). Nutno dodat, že úhradová vyhláška neobsahuje žádné konkrétní bonifikace ani tzv. balíčkové úhrady.

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK