



V Praze dne 6.3.2017
čj.: 1121/2017

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům VoZP pro rok 2017

Vojenská zdravotní pojišťovna 201 (VoZP) v těchto dnech rozesílá soukromým poskytovatelům zdravotních služeb – ambulantním specialistům a gynekologům - 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) Ambulantní specialisté:

Návrh dodatku v principu odpovídá úhradové vyhlášce, lze však najít několik odlišností, které jsou vesměs ve prospěch poskytovatelů zdravotních služeb.

Dodatek obsahuje bonifikaci pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK v podobě zvýšení hodnoty bodu o 0,01 Kč (tedy z 1,03 Kč na 1,04 Kč) v hodnoceném období (rok 2017), jestliže je lékař poskytovatele držitelem tohoto Diplomu po celé toto období. Tuto skutečnost musí poskytovatel doložit VoZP do 31.1.2018.

Obdobně dochází k bonifikaci pro držitele Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK v podobě zvýšení indexu ve vzorci celkové výše úhrady z 1,035 na 1,05.

Oproti úhradové vyhlášce však chybí ve vzorci výpočtu celkové výše úhrady nárok na navýšení úhrady v případě péče o mimořádně nákladné pojištěnce. VoZP v čl. III odst. 5 sice zakotvuje příslib zohlednění nárůstu poskytnutých zdravotních služeb nad sjednaný limit, nicméně pouze při „významném nárůstu poskytnutých (*nutných a neodkladných*) hrazených služeb proti referenčnímu období“. S ohledem na skutečnost, že péče o mimořádně nákladné pojištěnce (dle vyhlášky pojištěnci, kteří čerpali péči 5ti a vícenásobně nákladnější, nežli je referenční limit) nebude zahrnovat pouze nutnou a neodkladnou péči, nýbrž i péči plánovanou, protože smluvní poskytovatel musí pojištěncům smluvní zdravotní pojišťovny poskytnout veškerou indikovanou péči, nemusí příslib VoZP „pokrýt“ nárok na úhradu péče mimořádně nákladným pojištěncům, který zakotvuje úhradová vyhláška.

Pozitivem je zvýšení tzv. nevýznamného počtu pojištěnců oproti úhradové vyhlášce z 50 na 100 a méně ošetřených pojištěnců VZP. V případě, kdy poskytovatel s nasmlouvanou kapacitou 30 a více ordinačních hodin týdně v rámci jedné odbornosti ošetří v referenčním nebo hodnoceném období 100 a méně pojištěnců, nepoužije se limitace celkové úhrady podle úhradového vzorce, ale poskytnutá péče bude poskytovateli hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,03 Kč, resp. 1,04 Kč při splnění podmínek pro bonifikaci držitelů Diplomu ČŽV.

Pozornost je třeba věnovat čl. III odst. 3 návrhu dodatku, kde se sjednává, že regulace za preskripci bude vypočtena **souhrnně** za všechny odbornosti poskytovatele, které vykazuje pod IČZ. Úhradová vyhláška naopak předpokládá, že regulace bude vypočtena za každou odbornost zvlášť. Výhodnost jednotlivých řešení je na individuálním posouzení každého poskytovatele.

Návrh dodatku obsahuje při zachování regulace úhrady dle referenčního období bonifikace 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 pokud jde o poskytovatele, kteří mohou mít v péči tzv. mimořádně nákladné pacienty, či poskytovatele, kteří poskytují péči ve více odbornostech.

Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba uvést, 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 (nově vzniklí poskytovatelé, kteří v referenčním období neexistovali nebo neměli úplné referenční období, u kterých je limit úhrady stanovován podle srovnatelných poskytovatelů - hodnota PUROo, resp. limit pro uplatnění regulací za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči), 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 (nová zařízení, převzatá zařízení, kdy zdravotní pojišťovna není ochotna postup při výpočtu dopředu konkretizovat).

2) Gynekologové:

Návrh dodatku v principu a ve svých základních parametrech odpovídá úhradové vyhlášce.

Plusem jsou bonifikace, resp. navýšení limitu úhrady obsažené v článku II. odst. 3 a 4 návrhu dodatku – Diplom celoživotního vzdělávání ČLK, certifikát ISO, rozsah ordinačních hodin, preventivní prohlídky, nově registrované pojištěnky.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat úhradě dle tzv. těhotenských balíčků podle článku II. odst. 4 písm. c) a Přílohy č. 2 návrhu dodatku.

Rovněž je třeba upozornit na čl. III odst. 3 návrhu dodatku, kde se sjednává, že regulace za preskripci bude vypočtena **souhrnně** za všechny odbornosti poskytovatele, které vykazuje pod IČZ. Úhradová vyhláška naopak předpokládá, že regulace bude vypočtena **za každou odbornost zvlášť**. Výhodnost jednotlivých řešení je na individuálním posouzení každého poskytovatele.

VoZP v čl. III odst. 5 zakotvuje příslib zohlednění nárůstu poskytnutých zdravotních služeb nad sjednaný limit (úhradový limit určený dle referenčního období), nicméně pouze při „významném nárůstu poskytnutých (*nutných a neodkladných*) hrazených služeb proti referenčnímu období“. Přestože se jedná o ustanovení obsahující určitý kompenzační mechanismus, který jde nad rámec úhradové vyhlášky, je třeba upozornit, že nárůst péče v roce 2017 proti roku 2015 nemusí být způsoben pouze nutnou a neodkladnou péčí, protože smluvní poskytovatel musí poskytnout veškerou potřebnou péči, tj. i péči plánovanou.

Co se týče měsíční předběžné úhrady, stanoví úhradový dodatek odlišný mechanismus od úhradové vyhlášky – 11 měsíců určitou částku a poslední 12. měsíc jinou částku, aniž by bylo zřejmé, jak VoZP tyto částky určí. Úhradová vyhláška oproti tomu stanoví, že předběžná měsíční úhrada se hradí ve výši jedné dvanáctiny 103,5% objemu úhrady za referenční období, a to po dobu 12 měsíců. Každý poskytovatel by měl návrh výše předběžné úhrady zhodnotit s ohledem na vlastní ekonomické parametry praxe.

Návrh dodatku obsahuje při zachování regulace úhrady dle referenčního období bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které činí návrh výhodnějším nežli úhradová vyhláška. **V tomto ohledu lze tedy podepsání dodatku doporučit.** Před podpisem dodatku nicméně doporučujeme zvážit shora uvedené odlišnosti od úhradové vyhlášky, které mohou být pro některé poskytovatele méně výhodné a mohou činit návrh dodatku neakceptovatelným. 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 uvést, 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 (nově vzniklí poskytovatelé, kteří v referenčním období neexistovali nebo neměli úplné referenční období, u kterých je limit úhrady stanovován podle srovnatelných poskytovatelů - hodnota Uro, resp. limit pro uplatnění regulací za léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči), 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.

Vzor úhradového dodatku pro segment praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost nebyl dosud ze strany VoZP dodán, pokud a jakmile bude zaslán dodatečně, toto stanovisko ještě o daný segment doplníme.

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK