

Vážení kolegové,

tak jak jsme slíbili v úvodu předchozího Newsletteru č. 03/2012, jehož předmětem byl úvod do problematiky regulačních mechanismů úhrady zdravotní péče ve vztahu Poskytovatel zdravotních služeb – Zdravotní pojišťovna, hlavním tématem tohoto navazujícího čísla budou další informace o regulacích, tentokrát zaměřené na **vychodiska pro jednání se zdravotní pojišťovnou**, která již vůči poskytovateli zdravotních služeb regulační mechanismus uplatnila a tuto skutečnost mu i písemně oznámila.

POZICE POJIŠŤOVNY

Předně je třeba si uvědomit, **že zdravotní pojišťovna má** s ohledem na víceméně kusovou právní úpravu problematiky regulací a procesu jejich řešení v obecně závazných právních předpisech (zákony a vyhlášky) na straně jedné a vzhledem k významu smluvního vztahu mezi pojišťovnou jako plátcem zdravotní péče a poskytovatelem (v našem systému zpravidla na tomto smluvním vztahu existenčně závislým), **vždy silnější postavení**. Zdravotní pojišťovny jsou si tohoto postavení vědomy a proto zpravidla i komunikace ve věci aplikace regulací mezi pojišťovnou a poskytovatelem vyznívá výrazně v neprospěch poskytovatele, který s regulací nesouhlasí a podává proti ní námitky.

Přesto je třeba si uvědomit, že **i toto postavení pojišťovny je limitováno** uzavřenou smlouvou o úhradě zdravotní péče, jakož i příslušnou úhradovou vyhláškou, která určité hranice pro aplikaci regulací přece jen obsahuje a právě z této úpravy je třeba při obraně proti regulacím vycházet.

NÁMITKY A ODŮVODNĚNÍ

Obdrží-li poskytovatel od pojišťovny oznámení o aplikaci regulačních mechanismů, měl by se zaměřit zejména na tyto základní oblasti:

-správnost podkladů, z nichž zdravotní pojišťovna při výpočtu regulací vycházela (např. zahrnutí všech bodů v referenčním období, zahrnutí pacientů, které poskytovatel nemá v péči, záměna více IČZ příslušného poskytovatele apod.); za účelem

vyjasnění těchto otázek je na místě vyžádat si od pojišťovny detailní podklady,

-pohyb počtu nákladných pacientů – pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny mezi obdobími referenčním a posuzovaným,

-odůvodněnost či neodůvodněnost poskytnuté zdravotní péče resp. provedené preskripce či potřeby indukované péče.

Dospěje-li poskytovatel k závěru, že podklady zdravotní pojišťovny jsou nesprávné, či jsou zde jiné důvody ukazující na neoprávněnost uplatněné regulace, je na místě bez zbytečného odkladu podat námitky, a tyto následně kvalifikovaně odůvodnit.

Nejedná-li se jen o zjištění formálních chyb v postupu zdravotní pojišťovny, bude úspěch či neúspěch obrany poskytovatele zpravidla záviset na **schopnosti odůvodnit poskytnutou zdravotní péči**.

Povinnost pojišťovny zabývat se takovým odůvodněním vyplývá nejen z příslušných úhradových vyhlášek a uzavřených smluv o úhradě zdravotní péče, ale rovněž z již v minulém newsletteru zmíněného **nálezu Ústavního soudu ČR**, který paušální odmítnutí takového odůvodnění, bez posouzení jeho správnosti, označil za protiústavní a příslušným soudům (a v konečném důsledku i samotným pojišťovnám) uložil se napříště takovým odůvodněním zabývat a posoudit jej i po věcné stránce. **Zdravotní pojišťovna je proto povinna vždy posoudit, zda poskytovatel překročil sporné náklady z nezbytných důvodů, tedy zejména proto, aby potřebného léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav konkrétních pojištěnců.**

Podarí-li se poskytovateli takové odůvodnění jím poskytnutých zdravotních služeb (preskripce, potřeby indukované péče) zpracovat a předložit, jsou dány podmínky pro to, aby **pojišťovna od regulací upustila**. I tento závěr lze opřít o již existující soudní rozhodnutí, v tomto případě **o rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR**, který v obdobném případě rozhodl v tom smyslu, **že pokud poskytovatel poskytl nutnou a neodkladnou (tedy odůvodněnou) zdravotní**

péči pacientovi zdravotní pojišťovny, je tato pojišťovna povinna tuto péči uhradit i v situaci, kdy byl dohodnutý limit pro úhradu zdravotní péče překročen.

Při znalosti z práva vyplývajících postupů pro jednání se zdravotní pojišťovnou se tak jako klíčové jeví **řádné a kvalifikované odůvodnění poskytnuté zdravotní péče**, která je de facto příčinou aplikace příslušných regulačních opatření.

SEMINÁŘ - Luhačovice

Problematické odůvodnění poskytnuté zdravotní péče, jakož i dalším aspektům regulací, se budeme dále věnovat v příštích číslech našeho newsletteru, stejně tak na připravovaném **semináři, který proběhne dne 18. dubna 2012 od 15.30 v MKD Elektra – sál Rondo v Luhačovicích v rámci 48. diabetologických dní**, kam Vás tímto srdečně zveme.

Jste-li již v situaci, kdy je na místě regulace uplatněné vůči Vašemu zdravotnickému zařízení řešit neprodleně, nabízíme Vám bezplatnou právní pomoc na níže uvedených kontaktních spojeních pracovní skupiny OSDA. **NEVÁHEJTE SE NA NÁS OBRÁTIT!**

V zastoupení DAČR a OSAD si Vás dovoluujeme požádat o poskytnutí

AKTUALIZOVANÝCH ÚDAJŮ VAŠEHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

(název, adresa sídla/provozovny, IČ/IČZ, osoba jednající za zdravotnické zařízení, e-mail, tel.) a to na níže uvedené kontakty.

Děkujeme Vám za Vaše ohlasy a podněty k naší činnosti.

S úctou a pozdravem
Pracovní skupina OSDA

za OSAD
MUDr. Eva Račická
MUDr. Karel Křen

za DAČR
Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
Ing. Vladimír Horák

ODPOVĚDI NA DOTAZY DIABETOLOGŮ

Jak dle nové legislativy postupovat ve věci ukončení péče o pacienta, který nedodrží navržený individuální léčebný postup, pokud současně s poskytováním zdravotní péče vyslovil souhlas (např. nechodí na kontroly, neaplikuje inzulín ani tablety apod.)?

Výše popsané chování pacienta je porušením jeho povinnosti dané mu ust. § 41 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). To však samo o sobě nestačí k tomu, aby poskytovatel zdravotních služeb mohl péči o takového pacienta ukončit. Podmínky k takovému postupu poskytovatele budou ve smyslu ust. § 48 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách dány teprve tehdy, pokud toto chování pacienta bude možno kvalifikovat jako **úmyslné a soustavné**. Pokud lékař bude mít ve své péči pacienta, který s příslušným individuálním léčebným postupem vyslovil souhlas (záznam ve zdravotnické dokumentaci) a tento následně začal porušovat, lze lékaři doporučit, aby se pokusil s pacientem prokazatelným způsobem (email, pošta apod.), či alespoň telefonicky, spolu s příslušným záznamem o tomto postupu lékaře do zdravotnické dokumentace pacienta, event. doplněným podpisem svědka, spojit, upozornil jej na to, že léčebný postup (vč. léčebného režimu) porušuje a jaké následky to pro něj může mít. Pokud z takovéto komunikace s pacientem bude zřejmé, že i přes toto upozornění individuální léčebný postup úmyslně a zejména soustavně (neustále od prvního zjištění) nadále porušuje, teprve pak lze začít uvažovat o aplikaci ust. § 48 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách a péči o takového pacienta ukončit. Dále platí, že pokud nebude možné s takovým pacientem spojení vůbec navázat, resp. tento **pacient nebude poskytovat žádnou součinnost** nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb (např. nebude se dostavovat na kontroly, nebude reagovat na výzvy lékaře apod.), je dán důvod pro ukončení péče dle ust. § 48 odst. 2 písm. e). Toto ustanovení lze však aplikovat pouze za předpokladu, že neposkytování součinnosti nesouvisí se samotným (nepříznivým) zdravotním stavem pacienta (není hospitalizován

a proto se nemůže dostavit ani komunikovat se svým lékařem apod.). Současně platí omezení, že i v případech, kdy budou důvody výše uvedené dány, **nesmí ukončením péče v žádném případě dojít k bezprostřednímu ohrožení života či k vážnému poškození zdraví takového pacienta**; stejně tak **nesmí být ukončena péče o pacienta, který vyžaduje poskytnutí neodkladné péče**. V takových případech by podmínky pro ukončení péče nebyly splněny.

Pokud budou všechny podmínky pro ukončení péče splněny a poskytovatel se rozhodne vůči určitému pacientovi takto postupovat, je poskytovatel v souladu s ust. § 48 odst. 5 zákona o zdravotních službách povinen o ukončení péče vyhotovit a pacientovi vydat **písemnou zprávu, ve které uvede důvody ukončení poskytování péče**.

Nesprávná aplikace příslušných ustanovení zákona o zdravotních službách může být posouzena jako správní delikt, za který lze uložit sankci až 300.000,- Kč.

V konkrétní situaci vždy doporučujeme konzultaci postupu poskytovatele s právníkem v závislosti na okolnostech případu.

Lze pacienta odmítnout, když přijde po dlouhé pauze? Je stanovena nějaká lhůta?

Lhůta, v níž se má pacient opět dostavit k lékaři, není žádným právním předpisem stanovena, tato bude zpravidla vyplývat z individuálního léčebného postupu sestaveného ošetřujícím lékařem. V úvahu, v závislosti na délce doby, po kterou pacient lékaře v rozporu s léčebným postupem, s nímž původně vyslovil souhlas, nenavštívil, připadá aplikace výše uvedeného ust. § 48 odst. 2 písm. e) zákona o zdravotních službách – ukončení péče o pacienta z důvodu neposkytování součinnosti nezbytné pro další poskytování zdravotních služeb (nesouvisející se zdravotním stavem pacienta). Vždy bude záviset na významu prodlevy v návštěvách u lékaře z pohledu řádného poskytování zdravotních služeb, toto posouzení musí učinit sám poskytovatel. Stran postupu lze odkázat na odpověď na předchozí dotaz.

Pokud pacient, u kterého již před tím konkrétní poskytovatel zdravotních služeb v oboru diabetologie aplikoval ukončení péče ze zákonem stanoveného důvodu, přijde k témuž poskytovateli s novým doporučením k léčbě diabetu vystaveným praktickým lékařem – je možné takového pacienta odmítnout převzít do péče?

Důvody, pro které může poskytovatel odmítnout přijmout do péče pacienta, který si jej zvolil, jsou taxativně stanoveny v ust. § 48 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Těmito důvody, případně v úvahu pro poskytovatele v oboru diabetologie, jsou: překročení únosného pracovního zatížení, provozní důvody či personální zabezpečení či technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení, nebo skutečnost, že pacient není pojištěncem pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o úhradě zdravotní péče dle zákona č. 48/1997 Sb. Důvodem tak nemůže být předchozí ukončení péče o takového pacienta, byť z důvodů nedodržování individuálního léčebného postupu či neposkytování součinnosti poskytovateli zdravotních služeb.

Co znamená Kniha stížností?

Jedná se o tzv. Evidenci o podání stížností a o způsobu jejich vyřízení, kterou má povinnost vést každý poskytovatel zdravotních služeb dle ust. § 93 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách. Do této evidence se povinně zapisují veškeré stížnosti podané pacientem, zákonným zástupcem pacienta, osobou blízkou pacientovi, nemůže-li pacient s ohledem na svůj zdravotní stav, či pokud zemřel, stížnost podat sám nebo osobou zmocněnou pacientem. Nevedení evidence o podání stížností je podle ust. § 117 odst. 3 písm. q) zákona o zdravotních službách správním deliktem, za nějž lze uložit sankci až do výše 50.000,- Kč.