

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

newsletter, který se Vám právě dostává do rukou, věnujeme dvěma aktuálním tématům souvisejícím s probíhajícím vyúčtováním zdravotních služeb v roce 2013, na které jsme obdrželi opakovaně dotazy:

LZE SE BRÁNIT VYPOČTENÝM ÚHRADAM ZA ROK 2013?

Stejně jako v letech minulých, ani pro rok 2013 úhradová **vyhláška přímo nestanoví právo poskytovatele odůvodnit nezbytnost** poskytnutí hrazených služeb a za tyto odůvodněné poskytnuté služby požadovat úhradu v plné hodnotě bodu. Princip odůvodňování v roce 2013 funguje opět jen v rámci regulací. V oblasti výpočtu úhrad za poskytnutou péči se poprvé objevuje až v úhradové vyhlášce na rok 2014.

Důsledkem je **ztížená pozice poskytovatele**, který má část úhrad vypočtenou ve snížené hodnotě bodu (0,30 Kč za bod). V situaci, kdy zdravotní pojišťovny nemají povinnost zabývat se pro rok 2013 důvody překročení referenčního limitu, je třeba hledat, zda nejsou k dispozici jiné argumenty opravňující poskytovatele k podání námitek proti takovému vyúčtování, které se jeví řadě z nich jako nevhodné i z toho důvodu, že výchozím výpočtem bodů pro úhradu v plné výši 1,02 Kč byly pouze ty body, které nebyly v referenčním roce uhrazeny ve snížené hodnotě bodu.

1) Dopady nálezu Ústavního soudu ČR sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013

Ústavní soud ČR (dále jen „ÚS“) jako protiústavní označil právě to, že by část péče měla být hrazena v základní sazbě 1,02 Kč a část péče (o stejné náplni) jen ve snížené sazbě 0,30 Kč. ÚS došel k závěru, že 0,30 Kč za 1 bod jistě nepokrývá ani náklady poskytovatele na poskytnuté zdravotní služby, a že princip výpočtu úhrad neobsahuje současně žádný mechanismus, jak přinejmenším u nezbytné péče tuto ztrátu v podobě úhrady často podstatné části služeb ve snížené hodnotě bodu poskytovatelům kompenzovat. S ohledem na možné negativní dopady, zejména do systému financování zdravotnictví, ÚS tuto úpravu zrušil až k 31. 12. 2014, tedy tak, aby ještě celý rok 2013 mohl být podle této (protiústavní) vyhlášky vyúčtován a proplacen. Současně v závěru svého nálezu však neopomněl připomenout, že „**pojišťovny jsou povinny postupovat (při vyúčtování roku 2013) v intencích jeho nálezu**“. Byť si tento příkaz se současným odložením účinnosti nálezu do značné míry odporuje, **dává z našeho pohledu prostor pro otevření jednání se zdravotní pojišťovnou, která mecha-**

nicky vyúčtuje podstatnou část práce lékaře za rok 2013 ve snížené sazbě bodu a ani se nepokusí přihlídnout k tomu, zda se jedná o péči nezbytnou či dokonce neodkladnou. V takovém případě je zcela na místě zahájit jednání o možném zmírnění dopadů čistě matematických výsledků na vyúčtování roku 2013!

2) Dopady obecné judikatury ÚS a Nejvyššího soudu ČR (dále jen „NS“)

Vedle výše citovaného nálezu ÚS je podpůrně k dispozici i judikatura a NS. Oba tyto soudy již v minulosti shodně konstatovaly, že i v situaci, kdy je pro úhrady stanoven pevný limit, jsou zdravotní pojišťovny za určitých okolností povinny tuto péči v určité míře uhradit. V situaci, kdy se jedná o péči neodkladnou (či dost možná šířeji pojato i ostatní nezbytnou), uplatní se na úhradu takové péče obecný zákonný režim § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, tedy nařizující úhradu i bez existence smlouvy (či při její existenci, která však úhradu těchto nákladů za péči nad limit nijak neřeší či ji řeší nedostatečně).

Vedle výše uvedených okruhů dále upozorňujeme, že v rámci úhradové vyhlášky jsou také k dispozici vybraná ustanovení zmírňující možné negativní dopady výpočtu úhrad v určitých konkrétních situacích. Příkladem může být změna nasmulovaného rozsahu péče mezi referenčním a hodnoceným obdobím, kterou jsme se zabývali v předchozím čísle našeho newsletteru. Proto lze doporučit prověření toho, zda některý z takových důvodů konkrétní poskytovatel nenaplňuje.

JAKÉ BUDOU REGULACE ZA ROK 2013?

S ohledem na aktuální prohlášení VZP ČR jako dominantního plátce zdravotní péče pro většinu poskytovatelů v ČR je zřejmé, že z důvodů nepřekročení zdravotně pojistného plánu na rok 2013 v některých oblastech budou regulace VZP ČR za rok 2013 vypadat následovně:

- regulace za **ZUM a ZULP** a za **preskripci nebudou uplatněny vůbec**,
- regulace za **vyžádanou péči** se budou týkat **jen těch poskytovatelů, kteří referenční limity překročili o více než 200.000,- Kč**, to však až po vypořádání případných námitek v rámci jednání speciálního **rozhodčího orgánu** (viz dohoda mezi ČLK a VZP ČR, o které jsme Vás již informovali). V rámci indukované péče se tak dle výpočtů VZP ČR regulace týkají za celou ČR:
 - 73 ambulantních specialistů
 - 4 praktických lékařů
 - 7 gynekologů.

Všem dotčeným lékařům proto doporučujeme podání námitek a vyvolání jednání před roz-

hodčím orgánem, který posoudí odborné důvody překročení stanovených limitů.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny pak budou k uplatnění regulací přistupovat dle pravidel sjednaných v úhradových dodatcích a obecně vyplývajících z úhradové vyhlášky.

POZITIVNÍ LISTY DO SMLUV S RBP!

Závěrem aktuální informace k návrhu úhradových dodatků Revírní bratrské pokladny na rok 2014:

Na základě posouzení návrhu textu úhradového dodatku, který řada z Vás od **RBP** v měsíci dubnu obdržela, je patrné, že se poprvé setkáváme se **zakotvením tzv. pozitivních listů léčivých přípravků do smluvního vztahu mezi pojišťovnou a lékařem**.

RBP nestanovuje jejich závaznost abso-

lutně, ale v případě dodržování pozitivních listů v alespoň **40 %** finančního objemu léků předepsaných v ATC skupinách, kde je pozitivní list SZP ČR uplatňován, proklamuje RBP, že tuto skutečnost **zohlední při uplatňování regulačních omezení**. K tomuto návrhu a obecně k problematice regulačních omezení RBP v dodatku navržených máme tyto komentáře a upozornění:

- dále bude přihlídnuto k ošetřování **pacientů s mimořádně vysokými nároky** na náklady péče, a to k žádosti lékaře,
- dodatek již neobsahuje informaci, jakým způsobem bude dodržování pozitivních listů zohledněno (zda např. budou všechny takové léky vyjmuty z výpočtu regulací či jiným způsobem?),
- z dodatku není zcela jasné, zda výslovně uvedené případy budou při výpočtu regulací zohledněny **vedle ostatních principů uvedených v úhradové vyhlášce** na rok 2014, na kterou jinak dodatek stran regulací rovněž odkazuje (což bychom hodnotili **pozitivně**), **či místo nich** (naopak silně **negativně**),
- doporučujeme proto tuto skutečnost s příslušnou pobočkou nejprve vyjasnit,
- v případě, že ostatní vyhláskové důvody k omezení či neuplatnění regulací (viz část B, bod 5.-13. Přílohy č. 3 k úhradové vyhlášce) mají zůstat zachovány, **doporučujeme do dodatku doplnit ustanovení tuto skutečnost potvrzující, případně rovněž vyjasnit způsob „zohlednění“ při uplatnění regulací.**

Vážení kolegové, tak jako v minulých letech i nyní **jsme připraveni Vám být s výše uvedenými problémy nápomocni, neváhejte se nás proto kdykoliv obrátit.**

Děkujeme Vám za Vaši spolupráci.

Pracovní skupina OSDA