**Stanovisko k návrhu rámcové smlouvy předložené zdravotními pojišťovnami pro segment ambulantní specializované péče
– poskytovatelé mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví, zrakových terapeutů a ortopistů**

 **Úvodní obecné stanovisko**

V obecné rovině je třeba konstatovat, že zástupci poskytovatelů tohoto segmentu, stejně jako všichni účastníci dohodovacího řízení, byli na úvodním jednání na Ministerstvu zdravotnictví ČR ujištěni ministrem zdravotnictví, že účelem nové rámcové smlouvy je pouze změna terminologie tak, aby terminologie užitá ve vyhlášce, kterou se vydávají rámcové smlouvy, byla v souladu se současnými, obecně závaznými právními předpisy, zejména s novým občanským zákoníkem a zákonem o zdravotních službách. Za této situace, kdy jde o konzistentní a opakované stanovisko ministra a kdy nikdo ze zástupců zdravotních pojišťoven na uvedeném jednání nesdělil žádnou námitku k tomuto základnímu principu dohodovacího řízení o rámcové smlouvě, očekávají poskytovatelé od zástupců segmentů, že nové rámcové smlouvy budou odpovídat osvědčeným a dohodnutým rámcovým smlouvám vydaným vyhláškou č. 618/2006 Sb., resp. typové smlouvě dohodnuté mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli ambulantních lékařských služeb a ke změně dojde pouze v terminologii, která již neodpovídá současným, nově vydaným právním předpisům, zejména novému občanskému zákoníku a zákonu o zdravotních službách. Z tohoto důvodu je pro zástupce poskytovatelů zdravotních služeb v jednotlivých segmentech zcela zásadní, aby struktura a obsah rámcových smluv odpovídaly dosavadní struktuře a dosavadnímu obsahu a došlo skutečně pouze k nutným změnám, které si vynutilo vydání nových právních předpisů. Jakkoli může být snaha o přesnější a systémově dokonalejší sepsání rámcové smlouvy ze strany zástupců zdravotních pojišťoven pozitivní, z hlediska přijetí ze strany poskytovatelů v jednotlivých segmentech, které jsou zastupováni svými zástupci v dohodovacím řízení, jde o **zcela nepřijatelný postup, neboť neodpovídá základnímu principu, který byl vyjádřen ministrem zdravotnictví a všemi přítomnými účastníky prvního jednání dohodovacího řízení bez výhrad přijat, včetně zástupců zdravotních pojišťoven.**

**Za této situace nezbývá zástupcům segmentu než trvat na tom, aby rámcová smlouva vycházela důsledně svou strukturou i obsahem, jakož i terminologií, s výjimkou nezbytných změn, které si vynutily nové právní předpisy, ze současných platných smluv a neměnila se ani co do struktury, ani co do obsahu více, než si vyžádá vydání nových právních předpisů.**

 **Konkrétní výhrady ke smlouvě navržené zdravotními pojišťovnami**

K rámcové smlouvě navržené zástupci zdravotních pojišťoven má náš segment rovněž následující věcné a právní připomínky:

Článek 2 odst. 3 písm. c) ukládá poskytovateli povinnost hrazené služby předepsat a vyžádat od jejich poskytovatelů jen v odůvodněných případech a za tím účelem dbát na správnost postupu při jejich předepsání a vyžádání. Dojde-li v důsledku porušení této povinnosti k úhradě předepsaných nebo vyžádaných zdravotních služeb jinému poskytovateli, nahradí poskytovatel pojišťovně náklady odpovídající částce zaplacené jinému poskytovateli, nedohodnou-li smluvní strany jiný způsob řešení porušení této povinnosti. Není zřejmé, co navrhovatel míní pojmem „správnost postupu při jejich předepsání a vyžádání“ a za jakých okolností by měl poskytovatel hradit předepsané či vyžádané zdravotní služby, které předepsal „nesprávně“. Mnohem přesnější a přiléhavější byla dosavadní definice, která ukládala poskytovat zdravotní služby, včetně vyžádané péče bez nadbytečných nákladů, vždy však s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce.

Podle článku 2 odstavce 3 písmene d) návrhu je poskytovatel povinen hrazené služby poskytnout jen v odůvodněných případech na základě indikace ošetřujícího lékaře pojištěnce; za tím účelem je před poskytnutím hrazené služby povinen ověřit správnost a úplnost písemné indikace ošetřujícího lékaře, tj. poukaz na ošetření. V případě poskytování lékařských zdravotních služeb a zdravotních služeb poskytovaných klinickými psychology, nevyžaduje zákon žádnou „indikaci ošetřujícího lékaře pojištěnce“ a přístup pojištěnce ke specializované ambulantní zdravotní péči poskytované lékaři a klinickými psychology je ze zákona takový, že pojištěnec k přijetí do této péče nepotřebuje žádné doporučení, například svého registrujícího všeobecného praktického lékaře (kterého podle zákona nemusí ani mít) a poskytovatel je povinen jej do péče přijmout, s výjimkou případů přesně stanovených zákonem (absence smlouvy se zdravotní pojišťovnou pojištěnce, kapacitní důvody, apod.).

Podle § 28 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. v platném znění, pacient má právo zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají jeho zdravotním potřebám a zdravotnické zařízení, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.

Podle § 48 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb. v platném znění, poskytovatel nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče nebo ukončit péči o něj, jde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči, jde-li o porod nebo jde o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví.

Podle § 48 odst. 1 téhož zákona, poskytovatel, kterého si pacient zvolil, může odmítnout přijetí pacienta do péče pouze ve třech případech, které jsou stanoveny přímo tímto ustanovením zákona (překročení únosného pracovního zatížení, vzdálenost místa pobytu pro výkon návštěvní služby, skutečnost, že pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu). Ukládat tedy povinnost, aby poskytovatel, poskytující lékařské zdravotní služby a zdravotní služby v oboru klinické psychologie poskytoval tyto služby jen v odůvodněných případech na základě indikace ošetřujícího lékaře je v rozporu s uvedenými ustanoveními zákona o zdravotních službách. Tato povinnost by připadala v úvahu leda u poskytování nelékařských zdravotních služeb v oboru klinické logopedie a zrakových terapeutů a ortopistů, avšak i v tomto případě je otázka, jak má poskytovatel „ověřit správnost a úplnost písemné indikace ošetřujícího lékaře“.

Podle článku 2 odst. 3 písm. e) návrhu rámcové smlouvy poskytovatel poskytuje informace potřebné k zamezení duplicitního provádění zdravotních výkonů. V současné době není zaveden žádný systém, kterým by bylo možno ostatním poskytovatelům sdělit informace, jaké zdravotní výkony byly kterému pojištěnci poskytovatelem poskytnuty, aby jiný poskytovatel, kterého si pojištěnec zvolí, neposkytoval stejné zdravotní služby či výkony duplicitně. Pacient – pojištěnec není ani zákonem nijak omezen v tom, aby si zvolil více poskytovatelů ambulantní specializované zdravotní péče v témže oboru a pokud tak učiní a navštíví více ambulantních specialistů téhož oboru, neporušuje žádný právní předpis. Zdůrazňováno je naopak „právo na druhý názor“.

V článku 2 odstavci 3 písmenu f) je navrhováno, aby poskytovatel byl povinen zajistit v případě nepřítomnosti ve smlouvě uvedeného zdravotnického pracovníka zástup jiným zdravotnickým pracovníkem a ve smluvně dohodnutých případech tuto skutečnost vhodným způsobem oznámil pojištěncům a pojišťovně. Je otázkou, zda je povinností poskytovatele třeba i jednodenní nebo dvoudenní nepřítomnost v ambulanci hlásit zdravotní pojišťovně. Za rozumné lze považovat dosavadní ujednání v platné typové smlouvě pro poskytovatele lékařských zdravotních služeb, kdy poskytovatel oznamuje pojišťovně nepřítomnost v ordinaci delší než sedm dnů. Pro případy neodkladné péče pochopitelně vždy informuje pojištěnce o tom, kdo lékaře zastupuje.

Podle článku 2 odstavce 4 poskytovatel, který neposkytuje mimoústavní ambulantní specializovanou péči nebo psychoterapeutickou péči, je povinen hrazené služby poskytnout jen v odůvodněných případech, na základě indikace ošetřujícího lékaře pojištěnce, za tím účelem je před poskytnutím hrazené péče povinen ověřit správnost a úplnost písemné indikace ošetřujícího lékaře. Není zřejmé, jak bude tento poskytovatel ověřovat správnost a úplnost indikace ošetřujícího lékaře, který mu pacienta doporučil do péče. Kromě toho přístup ke klinickému psychologovi podle zákona nevyžaduje doporučení lékaře. Nejde tedy o "psychoterapeutickou péči", ale přijetí do jakékoli zdravotní péče klinického psychologa nebo dětského klinického psychologa, nevyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře – tedy pojem „psychoterapeutickou péči“ je užit nesprávně.

Článek 4 odst. 2 stanoví, že pojišťovna je oprávněna prodloužit lhůtu pro vypracování kontrolní zprávy v případě kontroly poskytovatele zdravotních služeb až na 180 dnů. Tato lhůta se jeví jako zcela zjevně nepřiměřená.

Článek 5 stanoví, že smlouva se uzavírá na dobu pěti let, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. Současná smlouva naprosté většiny zdravotních pojišťoven s naprostou většinou poskytovatelů lékařských zdravotních služeb, které v tomto segmentu jednoznačně převažují, je uzavřena na dobu neurčitou a lze ji vypovědět pouze z důvodů stanovených právě v samotné smlouvě. Na zachování tohoto ustanovení budou poskytovatelé lékařských zdravotních služeb nepochybně trvat. Má-li se podle zákona smlouva mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou řídit rámcovou smlouvou, je otázkou, zda z tohoto ustanovení lze s ohledem na možnou pravou retroaktivitu vyvodit, že dosavadní smluvní vztahy lékařů se zdravotními pojišťovnami na dobu neurčitou zůstanou novou rámcovou smlouvou, která stanoví dobu určitou nedotčeny, nebo naopak, bude výklad takový, že je třeba, aby všichni poskytovatelé lékařských zdravotních služeb, kteří mají dosud smlouvu na dobu neurčitou, tuto smlouvu změnili a uzavřeli ji na dobu pěti let. Pokud by byl přijat výklad, že k takové změně u poskytovatele lékařských zdravotních služeb, kteří mají uzavřenu smlouvu na dobu neurčitou dojít nemusí, ale týká se to pouze nových poskytovatelů zdravotních služeb, kteří nově vstoupí do sítě smluvních poskytovatelů zdravotních pojišťoven, pak to zakládá zásadní nerovnost mezi jednotlivými poskytovateli a vytváří prostředí, které brání svobodné konkurenci jednotlivých poskytovatelů, když někteří z nich budou mít smlouvu na dobu neurčitou a jiní pouze na dobu pěti let. Stejně tak u poskytovatelů nelékařských zdravotních služeb v oboru klinické psychologie, klinické logopedie a dalších, bylo ze strany těchto poskytovatelů naopak namítáno, že doba osmi let je doba příliš krátká a smlouvu by bylo třeba uzavřít buď stejně jakou v lékařských oborech na dobu neurčitou, z hlediska smluvní jistoty poskytovatele, který neporuší žádné své povinnosti, které by zakládaly výpovědní důvod. Smlouva na dobu pěti let bude rozhodně i pro poskytovatele nelékařských zdravotních služeb nepřijatelná.

Článek 7 odstavec 1 podle našeho názoru nesprávně vypouští možnost osobního jednání mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb jako smluvních partnerů, kteří by měli své vzájemné spory řešit především jednáním a mimosoudní dohodou. Dosavadní rámcová smlouva stanovila, že na základě výzvy jednoho z těchto dvou smluvních partnerů se uskuteční jednání mezi oběma smluvními stranami (nikoli administrativní, písemné vyřízení případných námitek „vrchnostenským stylem“ zdravotní pojišťovnou) do 14 pracovních dnů od přijetí žádosti jedné ze smluvních stran o toto jednání. Lze konstatovat, že v řadě případů bylo v rámci těchto jednání dosaženo rozumné dohody, která předešla případným soudním a dalším sporům.

Stejně tak vázat možnost smírčího jednání mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou na to, že se obě strany na smírčím jednání dohodnou, nepovažujeme za správné a považujeme naopak za správné zachovat dosavadní stav, kdy o smírčí jednání může požádat kterákoli ze smluvních stran a toto jednání se uskuteční, přičemž v mnoha případech předejde zbytečnému soudnímu sporu. Návrh, který zcela vypouští možnost osobního jednání mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb a váže možnost smírčího jednání na dohodu obou smluvních partnerů, považujeme za nepřijatelný.

Zpracoval JUDr. J.Mach 5.6.2018