**Připomínky poskytovatelů k návrhu rámcové smlouvy předložené zdravotními pojišťovnami po jednání segmentu lůžkové péče dne 17.7.2018**

Zásadní připomínky

1. Návrh rámcové smlouvy zcela odporuje záměru deklarovanému Ministerstvem zdravotnictví, které při zahájení dohodovacího řízení a jiných příležitostech uvádělo: ***„Cílem dohodovacího řízení je pouze technická a terminologická úprava základních rámcových smluv tak, aby odpovídala současné právní úpravě.“* (Tisková zpráva MZ z 6.3.2018),** který byl přijat všemi účastníky zahajovacího jednání dohodovacího řízení včetně zdravotních pojišťoven.
2. Je zcela pomíjena skutečnost, že dosavadní rámcová smlouva se plně osvědčila a za celou dobu její účinnosti nebyla ze strany zdravotních pojišťoven nebo poskytovatelů nebo Ministerstva zdravotnictví navržena jediná změna k projednání dohodovacím řízením k rámcovým smlouvám.
3. V rozporu s tím je navržena zásadní změna celého systému i značné části dosavadních rámcových smluv. Text smlouvy se navrhuje podstatně zkrátit. Vypustit nejen ustanovení, která vychází z dalších platných právních předpisů, ale i ta, která je rozvádějí, zpřesňují jejich výklad, usilují o vyváženost práv a povinností smluvních stran. Zejména pro menší zařízení je důležitý kontext smluvních vztahů i jako ochrana jejich postavení a v ucelenější podobě ve smlouvě kodifikovaná jejich práva a povinnosti.
4. Zestručnění smlouvy, zpřeházení jednotlivých kapitol a mnohdy zbytečné změny jednotlivých formulací mohou jen znejistit menší poskytovatele a kromě zestručnění závazkových vztahů vzít jim i informaci vhodnou k jednání ze smlouvy. Může trvat i roky, než se poskytovatele naučí novým smlouvám rozumět a prakticky je používat.
5. Z návrhu se vytratila i ta ustanovení, jejichž úkolem bylo chránit ekonomicky slabší poskytovatele před ekonomicky nesrovnatelně silnějšími zdravotními pojišťovnami a tím alespoň částečně formálně vyrovnávat faktickou nerovnost ve vztazích smluvních stran.
6. Naopak se objevily návrhy ujednání, které by posílily postavení zdravotních pojišťoven (úhrady bez fakturace, odstranění povinnosti sjednávat úhradové dodatky, rigidnější ujednání o personálním, technickém a věcném vybavení bez ohledu na to, že již existují platné právní normy, zvýšení role metodiky vytvářené zdravotními pojišťovnami, přesahující pouhé vymezení předávání a pořizování dokladů a zasahující již i do výpočtu úhrady atd.).
7. Podstatně je navrhováno oslabit dosavadní kogentní podobu rámcové smlouvy (dosud od rámcové smlouvy se lze odchýlit, jen když to výslovně umožňuje) a tím zejména ekonomicky slabší poskytovatele vystavit případnému tlaku na uzavření méně výhodných smluv. Připouští se i jiný smluvní režim pro poskytovatele, s nimiž byla uzavřena smlouva ještě za účinnosti dřívější rámcové smlouvy a smluvní strany podle návrhu této smlouvy. Rozdílný smluvní režim znemožní společný postup nemocnic, roztříští jejich zájmy a zhorší vzájemnou komunikaci.
8. Jako nejzávažnější příklad zásahu do rovnosti smluvních stran je odstranění práva poskytovatelů pojišťovně fakturovat konkrétní částky za poskytnuté zdravotní služby. Zatímco zůstává dosavadní právo pojišťovny započíst skutečnou nebo i domnělou pohledávku za poskytovatelem do následujících úhrad, nově má být fakturace poskytovatelů nahrazena pouhým vykazováním „dávek dokladů“ o poskytnutých službách. V případech, kdy by faktická výše úhrady v Kč nebyla sjednána v úhradovém dodatku nebo jinak, záleží výpočet a výše úhrady pouze na zdravotní pojišťovně. Tato změna zasahuje celý text návrhu smlouvy, ve všech jejích částech je vyúčtování nahrazováno vykazováním.

Poskytovatelé by se vzdali práva sami vypočíst úhradu zdravotních služeb, tuto účtovat zdravotní pojišťovně, fakturou v podobě účetního dokladu s náležitostmi účetního dokladu podle zákona o účetnictví doložit svůj případný nárok a případný rozdíl mezi tím, co vypočetla a zaplatila zdravotní pojišťovna. Bez toho by poskytovatel nemohl uspět v konkrétních sporech, od smírčího jednání až po případné rozhodování soudu. Poskytovatel by přestal být samostatnou účetní jednotkou se svými právy a pohledávkami a stal by se zúčtovací jednotkou pojišťovny.

Taková úprava by se dostala do rozporu se zákonem o účetnictví. Poskytovatel by vydané faktury nemohl zařazovat do knihy vydaných faktur spolu s ostatními fakturami a tak podle zákona řádně účtovat o svých pohledávkách. Povinnost řádného hospodáře, která se vztahuje na managementy všech nemocnic, a která zahrnuje i povinnost domáhat se svých pohledávek, by nebyla naplněna v případech, kdy z důvodu chybějící faktury by konkrétní pohledávka v Kč vůči zdravotní pojišťovně ani nevznikla.

1. Narozdíl od platných smluv se vypouští povinnost smluvních stran uzavřít dodatek o úhradě zdravotní péče a sjednání dodatku se ponechává pouze pro případ, že se strany na úhradě a jejím způsobu dohodly. Jelikož zákon ukládá zdravotní pojišťovně povinnost smluvně zajistit péči o pojištěnce, a součástí takového smluvního zajištění je i úhrada poskytnuté péče, je ze zdravotní pojišťovny snímána vyšší odpovědnost za případné neuzavření úhradového dodatku. Ostatně povinnost uzavřít úhradový dodatek nebo dohodu o ceně lze vyvodit již ze zákona o zdravotním pojištění. Je-li povinností pojišťovny smluvně zajistit služby pro své pojištěnce náležitostí takového zajištění by měla být i úhrada těchto služeb.
2. Zvyšuje se úloha Metodiky pro pořizování a předávání dokladů s možností výrazně zasahovat do úhrad, aniž byla náležitě vyjádřena podoba Metodiky jako dohody poskytovatelů a pojišťoven. Např. AČMN je po léta odpíráno členství v Komisi pro Metodiku a nemocnice představující polovinu hrazené péče jsou zastoupeny jediným členem.
3. Podle nové typové smlouvy by se posílilo přímé nasmlouvání personálního a přístrojového vybavení bez ohledu na to, že je již určeno příslušnými vyhláškami, které v době dnešních smluv neexistovaly. Posiluje se i kontrola tohoto vybavení.
4. Ze záznamu o kontrole provedené u poskytovatele se vypouští povinnost kontrolujícího uvést nejdůležitější zjištění a tudíž právo kontrolovaného k nim se namístě vyjádřit. Případná kontrolní zpráva pak nebude vázána pouze zjištěními zaznamenanými přímo po kontrole a bude moci být případně dodatečně doplňována.

Obdobných výrazných i jemných a formulačních posunů lze v novém návrhu proti dosavadní rámcové smlouvě nalézt mnoho. Z výše uvedených důvodů poskytovatelé předložený návrh rámcové smlouvy nepovažují za vhodné řešení. Nepovažují proto ani za potřebné vznášet další detailní připomínky a návrhy formulací. Doporučují se vrátit k návrhu Ministerstva zdravotnictví a provést jen nezbytné legislativní úpravy dosavadní rámcové smlouvy.

V Praze dne 20. 8. 2018

Zástupce poskytovatelů
v jednání o rámcových smlouvách
v segmentu lůžkové péče JUDr. Jaroslav Civín