

Kontrolní činnosti Pojišťovny v roce 2024

A. Ubytování:

Kontrola ubytování při poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče se provádí se zaměřením na plnění smluvních podmínek ubytování pojištěnců Pojišťovny, dodržování standardů ubytovacích kapacit (stanovené kategorie ubytování A (AD) a B (BD) specifikovaných a uvedených v Příloze č. 1 k Dodatku ke Smlouvě (Úhradové ujednání na období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024), včetně kontroly využívání pouze smluvních ubytovacích zařízení potvrzených poskytovateli a taxativně vyjmenovaných rovněž v Příloze č. 1 k dodatku ke Smlouvě.

Pokud bude zjištěno, že pojištěnec provedl Poskytovateli úhradu za nadstandardní vybavení, které nebylo mezi pojištěncem a Poskytovatelem předem dohodnuto, Poskytovatel prokazatelně vrátí tuto neoprávněně přijatou finanční částku zpět pojištěnci.

B. Stravování:

Kontrola stravování se provádí se zaměřením na dodržování „Lázeňského dietního systému“ garantovaného nutričním terapeutem a na dodržování výše stravní jednotky, která se dle smluvního ujednání podílí minimálně 44 % na dohodnuté ceně za stravování. Kontrola se provede za období minimálně tří měsíců a bude-li v tomto období zjištěno nedodržení sjednané výše stravní jednotky, bude v následujícím vyúčtování o tuto nedodrženou částku platba Poskytovateli Pojišťovnou snížena, a to poté, co bude Poskytovateli doručeno vyúčtování, v němž bude tato částka specifikována. V případě, že výše uvedenou kontrolou bude zjištěno nedodržení výše stravní jednotky v uvedeném období, provede se její kontrola zpětně za delší časové období. Stravní balíčky nelze akceptovat jako plnohodnotnou náhradu stravy, a to ani při ukončení léčby. Dále bude postupováno jako při sankcích u stravní jednotky.

C. Léčení:

I. Východiska kontroly poskytované lázeňské léčebně rehabilitační péče:

- 1) Ošetřující lékaři Poskytovatele sestavují individuální léčebné plány pro pacienta s ohledem na léčenou (ošetřujícím lékařem navrženou a Pojišťovnou potvrzenou) indikaci a s přihlédnutím k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Stanovený minimální počet procedur, dále uvedený v bodě II. odst. 1 písm. a), bude poskytnut každému léčenému pojištěnci.
- 2) Sjednaná výše úhrady za hrazenou péči poskytnutou v dané indikaci zahrnuje veškeré hrazené zdravotní služby poskytované v souvislosti s léčením v lázních (včetně lékařské a sesterské služby, ošetrovatelské a vychovatelské péče, základního laboratorního vyšetření a léků na interkurentní onemocnění).
- 3) Pro účely záznamu poskytovaných hrazených zdravotních služeb a kontroly počtu poskytnutých procedur a výkonů bude využíván dohodnutý Seznam procedur a výkonů.
- 4) Pojišťovna akceptuje poskytnutí v průběhu maximálně týdenního cyklu pojištěncům tzv. „jeden den klidu“, –s tím, že „dny klidu“ v jednotlivých týdnech na sebe nemohou

navazovat, tj. pojištěnci nemohou být poskytnuty. Nedodržení této zásady bude řešeno způsobem vyplývajícím z Přílohy č. 1 Dodatku ke Smlouvě.

II. Systém kontroly poskytované lázeňské léčebně rehabilitační péče a výše sankce:

1) Frekvenční - statistická

- a) Pojištěncům budou Poskytovatelem poskytnuty hrazené zdravotní služby v minimálním rozsahu průměrně 3 procedury na kalendářní den pobytu, včetně procedur s použitím místně příslušného přírodního léčivého zdroje (dále jen „PLZ“).
- b) Kontrola individuálního případu - bude porovnávat skutečné (vykázané – zaznamenané) počty procedur ve srovnání s individuálním léčebným plánem, přípustná odchylka v individuálním případě je -10 % z celkového počtu procedur na jeden případ léčení, větší odchýlení je podmíněno záznamem ve zdravotní dokumentaci.
- c) Minimální počet procedur na 21 dnů pobytu= 63 procedur, na 28 dnů pobytu= 84 procedur, na 14 dnů pobytu= 42 procedur, včetně procedur s použitím místně příslušného PLZ.
Frekvence procedur s použitím PLZ je 3-6x týdně, a to dle typu PLZ, přičemž platí, že:
 - pokud je PLZ pouze peloid, pak bude poskytnut ve frekvenci minimálně 3x týdně;
 - pokud je PLZ pouze jiný typ než peloid, pak bude poskytnut ve frekvenci minimálně 4-6 x týdně;
 - pokud je místně příslušný PLZ peloid a zároveň jiný typ PLZ než peloid, pak bude PLZ poskytnut ve frekvenci minimálně 3x týdně peloid a do celkového počtu minimálně 6 procedur týdně může být doplněn jiným typem PLZ;
 - je dodržen čas aplikace PLZ dle Seznamu diagnostických a terapeutických procedur používaných v základních léčebných postupech.
- d) Do celkového počtu procedur se započítávají vyšetřovací výkony uvedené v Seznamu lázeňských procedur pod kódy procedur 100 až 107.
- e) Kontrola tzv. „Základního souboru frekvenční kontroly“, tj. 50 případů. Z písm. a) vyplývá minimální počet procedur, jež musí tento soubor pojištěnců obdržet. Pro případ, že odchylka kontrolovaného souboru počtu poskytnutých procedur je v rozmezí -1 % až -5 %, si smluvní strany sjednávají smluvní pokutu ve výši 5 % z celkové výše úhrady odpovídající kontrolovaným případům, pro případ že odchylka kontrolovaného souboru počtu poskytnutých procedur činí více než -5 %, si smluvní strany sjednávají smluvní pokutu 10 % z celkové výše úhrady odpovídající kontrolovaným případům. Pro případ, že zjištěná odchylka je více než -10 %, si smluvní strany sjednávají smluvní pokutu ve výši 25 % z celkové výše úhrady odpovídající kontrolovaným případům (pro 21 dnů pobytu = 3150 procedur, pro 28 dnů pobytu = 4200 procedur).

V případě, že při této frekvenční kontrole budou zjištěny závažné nebo opakované, nebo neodůvodněné odchylky v individuálních i celkových počtech procedur, provede Pojišťovna mimořádnou kontrolu.

2) Odborná kontrola

V případech kontroly iniciované Regionální pobočkou Pojišťovny bude Pojišťovnou posouzeno sestavování individuálních léčebných plánů vzhledem k účelnosti

jednotlivých procedur, tj. vzhledem k léčené indikaci a odůvodněným potřebám vyplývajícím z aktuálního zdravotního stavu pacienta včetně toho, zda nebyly zařazeny a poskytovány pro konkrétního pacienta výkony nepotřebné nebo kontraindikované.

3) Kontrola využívání PLZ

V rámci kontroly léčení bude také prováděna kontrola využívání PLZ pro pojištěnce Pojišťovny v rámci léčených indikací. V případě potřeby poskytne na vyžádání Pojišťovnou Poskytovatel při této kontrole potřebnou součinnost.

4) Pravidelná kontrola

Regionální pobočka Pojišťovny bude provádět pravidelnou kontrolní činnost smluvních poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče 1x za 2 roky. Tím není dotčeno právo Pojišťovny provádět kontrolu i v jiných termínech v souladu s § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“).

D. Příloha č. 2 Smlouvy:

Součástí kontrolní činnosti Pojišťovny je ověření, zda veškeré údaje uvedené Poskytovatelem v Příloze č. 2 Smlouvy odpovídají skutečnosti. Při zjištění nedostatků bude stanovena lhůta k jejich odstranění. Pokud nedojde k jejich odstranění ve stanovené lhůtě, bude tato skutečnost považována za neplnění smluvních ujednání a bude postupováno v závislosti na závažnosti zjištěných nedostatků.

E. Přerušování léčby:

Je možné pouze v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů v platném znění z důvodů hospitalizace pacienta, nebo na jeho žádost, vždy potvrzené vedoucím lékařem léčebny. Ve zdravotnické dokumentaci musí být zaznamenán den a čas odchodu i příchodu. Po dobu přerušování léčby je pacientovi rezervováno lůžko, náklady s tím spojené hradí Pojišťovna pouze v případě, že se jedná o přerušování z důvodu pobytu na akutním lůžku. Jedná-li se o přerušování léčby na žádost pacienta nebo z jiného důvodu, Pojišťovna náklady spojené s rezervováním lůžka nehradí. Přerušování z jiných důvodů, nepotvrzené vedoucím lékařem léčebny, budou posuzována jako porušení léčebného režimu a den pobytu nebude zařízení uhrazen.

F. Pravidla úhrady prvního a posledního dne léčby:

Aby byl naplněn den pobytu v průběhu poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče, má být pacientovi poskytnuto po dobu 21 dnů, resp. 28 dnů **v plném rozsahu** stravování (tj. snídaně, oběd, večeře, resp. svačina), ubytování (pro zjednodušení kalkulace počtu noclehů) a léčení.

Aby byly tyto podmínky splněny, je třeba, aby pacient ukončil pobyt 22. den, resp. 29. den. V případě stravování klient obdrží 1. den oběd a večeři, 22. (29.) den zakončí pobyt snídaní. Toto lze samozřejmě dle režimu Poskytovatele posunout, např. 1. den zahájení večeří a ukončení obědem 22. (29.) den. Tyto položky z 1. a 22. (29.) dne se sečtou tak, aby byl z hlediska stravování naplněn den pobytu. Výsledkem je poskytnutí stravování v plném rozsahu po dobu 21 nebo 28 dnů pobytu, které Poskytovatel účtuje.

V případě ubytování se vychází (pro zjednodušení) z počtu nocí strávených v lázeňském zařízení. Při pobytu 22, resp. 29 dnů, pacient stráví v lázeňském zařízení 21, resp. 28 nocí pobytu. Tento počet Poskytovatel vykazuje. Při změně kategorie ubytování v průběhu pobytu Poskytovatel uvede počty ubytování ve dvou řádcích. Na jednom řádku počet dnů (resp. nocí) v kategorii B (BD), ve druhém počet dnů v kategorii A (AD), součet činí 21 (28) dnů. Např. 10 dnů kategorie B (BD), 11 (18) dnů kategorie A (AD), apod.

U léčení je situace obdobná jako v případě stravování. Pacient při nástupu 1. den je zpravidla vyšetřen a případně absoljuje odpolední procedury, 22. nebo 29. den bude propuštěn.

Jak z výše uvedeného vyplývá, počet naplněných dnů pobytu a účtovaných dnů musí být v souladu se ZVZP, kde je stanoven v základních taxách na 21 či 28 dnů pobytu u dospělých a 28 dnů pobytu u dětí a dorostu, které je nutné naplnit ve všech složkách dne pobytu.

Tento postup byl dohodnut na jednáních zástupců Ústředí Pojišťovny s představiteli Svazu léčebných lázní ČR (dále SLL) ve věci nové typové smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb platné od roku 2023. Z uvedeného vyplývá, že Poskytovatel správně účtuje 21 či 28 dnů pobytu poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče při naplnění dnů pobytu ve všech třech kategoriích. Stejným způsobem se postupuje při jiné délce pobytu.

Nedodržení těchto zásad bude řešeno odečtem plné výše úhrady za den pobytu odpovídající počtu dnů, v nichž u jednotlivých Pojištěnců nebyly splněny shora uvedené podmínky.

G. Pravidla úhrady při náhlém předčasném ukončení léčení (úmrtí, úraz, jiné důvody).

Poskytovatel bude účtovat skutečně čerpanou část poskytnutých hrazených služeb následujícím způsobem.

Stravování:

- pokud pacient ukončí pobyt snídaní, Poskytovatel stravování za den pobytu neúčtuje,
- pokud pacient ukončí pobyt obědem nebo večeří, Poskytovatel stravování za den pobytu účtuje.

Ubytování:

- Poskytovatel vyúčtuje přesný počet nocí, které byl klient v lázeňském zařízení Poskytovatele.

Léčení:

- pokud pacient poslední den pobytu v lázeňském zařízení Poskytovatele absolvoval indikované procedury v počtu 2 (řádně zaznamenané v lázeňském průkazu), Poskytovatel léčení účtuje,
- pokud pacient poslední den pobytu v lázeňském zařízení Poskytovatele nesplnil předchozí podmínku při léčení, Poskytovatel léčení neúčtuje.

Pokud kontrola prokáže neoprávněnost či nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna dle § 42 odstavce 3 ZVZP takové služby neuhradí, a je oprávněna postupovat, v závislosti na stupni závažnosti zjištěných

nedostatků, v souladu s příslušnými ustanoveními Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu