

Vyhláška MZ 315/2022 Sb. o úhradách zdravotní péče v r. 2023

Verze k datu 25.2.2023

(i letos tento článek průběžně aktualizujeme podle výsledků jednání a vývoje situace. Vše nové je vždy červeně červeně)

Několik poznámek předem:

Jak jistě víte, byla v DR na rok 2023 v našem segmentu nedohoda. Hlavním důvodem bylo to, že nám ZP nabízely jen 4% navýšení úhrad proti roku 2022, což jsme v rámci raketového nárůstu nákladů na námi poskytovanou péči považovali a nadále považujeme za nepřijatelně málo.

Uznáváme, že se 8% navýšení, na něž je kalkulovaná úhradová vyhláška MZ na rok 2023, více blíží potřebné realitě, stále je to ale o cca 7 % méně, než potřebují naši pacienti.

Samozřejmě jen odhadujeme, jakou cenovou úroveň budou mít naše vstupy v roce 2023, pokud se ale naplní většinové ekonomické předpovědi, že zůstanou stejné jako v roce 2022 nebo dokonce stoupnou, považujeme za jisté, že peníze od ZP nám nebudou stačit na dosavadní úroveň kvality a dostupnosti námi poskytované péče.

MZ a ani ZP se nám přes veškerou intenzivní snahu o tom nepodařilo přesvědčit.

Proto Vám doporučujeme věnovat pozornost všem níže uvedeným doporučením a i tzv. finanční kuchaře a Osmi krokům, které jsou vám k dispozici jako pomocníci také na našem webu.

Obsah:

- A. Základní charakteristika.
- B. Úhrady za výkony, regulace na předpis léků a indukované péče.
- C. Společná specifika dodatků jednotlivých pojišťoven

A. **Základní rysy přílohy č. 3 vyhlášky 315/2022 Sb., části řešící úhrady většiny AS:**

- 1) Stejně jako loni se týká celého roku 2023.
- 2) Měsíční platby nutno brát jako platby zálohové (1/12 ze 116 % platby za rok 2021). Definitivně budou zúčtovány až po skončení (do 150 dnů) celého roku 2023.
- 3) Referenčním obdobím je celý rok 2021.
- 4) „Malý počet pojištěnců“ pro úhrady výkonů i regulace je 100.
- 5) Způsob výpočtu maximální úhrady za výkony je stejný jako v roce 2022. Maximální úhrada je dána součinem počtu v roce 2023 ošetřených pojištěnců (mimo ty, jimž bude vykázán jen výkon 09513), průměrné úhrady za výkony, ZÚM a ZÚLP v roce 2021, k čemuž je připočítána úhrada za mimořádně nákladné pacienty (5x dražší ve výkonech, ZÚMu a ZÚLPu), kteří mají režim úhrad mírně volnější. Vše je vynásobeno koeficientem 1,16 (1,29 při splnění všech bonifikačních kritérií – 0,04, 0,05 a 0,04 za každé jedno kritérium – viz bod 6) níže).
Kliničtí logopedi mají jednu bonifikaci navíc. Při splnění všech mohou dosáhnout koeficient až 1,39.
Jakákoli práce nad limit bude provedena zadarmo.

- 6) Bonifikace v hodnotě bodu u odbornosti 306 má 5 stupňů, u ostatních odborností stupně 3, přičemž u nich hodnota bodu stoupá o:
- 0,04 Kč za diplom ČŽV ČLK , u nelékařů jiné stavovské organizace.
 - 0,05 Kč za ordinační doba, pokud je 30 hodin týdně rozložená do 5 dnů v týdnu, u operačních oborů 24 hodin ve 4 dnech v týdnu a zároveň ordinační doba alespoň 2x v týdnu od 7.00 hod., nebo alespoň 2x do 18.00 hod. nebo alespoň 1x od 7.00 a zároveň alespoň jednou do 18.00 hod.
 - 0,02 Kč v případě ošetření alespoň 5% nových pacientů (u operačních oborů 10 %) a existence objednávacího systému umožňující přednostní ošetření pacientů, jejichž zdravotní stav to vyžaduje.
 - 2 x 0,06 Kč pro odbornost 306.
- 7) Základní hodnota bodu je pro většinu odborností 1,10 nebo 1,11 Kč, při splnění všech bonifikačních kritérií je 1,21 až 1,22 Kč (viz bod 6 výše), což se týká i situace s „malým počtem pacientů“.
- Ošetříte-li zahraničního pacienta z EU, bude bod stejný, jako jeho základní hodnota s automaticky započítanými všemi bonifikacemi (tj. většinou 1,21, resp. 1,22 Kč), bez limitace vzorcem a bez regulací.
- 8) Za každý vykázaný výkon 09543 dostaneme 49,- Kč bez jakéhokoli limitu. Částku 49,- Kč bez limitu dostanou i poskytovatelé, kteří vykáží klinické vyšetření u pacienta ve věku od 6 do 18 let.
- 9) Trvá regulace na léky a vyžádanou péči, ZÚMu a ZÚLPu – limit je i letos 110% referenčního období. Regulace ZÚMu a ZÚLPu je i letos dvojitá. Ti poskytovatelé, kteří mají úhradu výkonů limitovanou úhradovým vzorcem, mají v tomto limitu i úhradu ZÚM a ZÚLP. Ostatní mají ZÚM a ZÚLP regulovaný mimo vzorec, jak to bylo obvyklé všude před rokem 2016. Do regulací nebudou započítány náklady na PCR testy v rámci diagnostiky COVID19.
- 10) Péče odborností 305, 306, 308 a 309 je ve volném výkonovém systému bez regulací. Odbornost 306 je i letos velmi preferovaná. Základní hodnotu bodu má 1,30 Kč, při vyhovění všem bonifikacím 1,53 Kč.
- 11) Sama vyhláška neřeší možnost uzavření jiné dohody, ta je ale nadále možná dle zákona 48/97 Sb., pokud se na tom ZZ a ZP dohodnou a dohoda nepůjde nad rámec zdravotně pojistného plánu této pojišťovny.
- 12) V závěrečném vyúčtování dostane poskytovatel za každou položku na elektronicky v roce 2022 vystaveném receptu, na základě kterého dojde k výdeji plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku 1,70 Kč.

Podrobněji k textu vyhlášky pro členy SAS ČR:

B. Základní principy Vyhlášky v části věnované ambulantním specialistům.

Vyhláška platí pro celý rok 2023. Limity za výkony i regulace za předpis léků, indukované péče, ZÚMu a ZÚLPu budou počítané sumárně za celý rok.

Naše úhrada má nadále 4 složky:

1. úhrada za výkony, ZÚM, ZÚLP,
2. regulace za předpis léků,
3. regulace za předpis indukované péče,
4. regulace za předpis ZÚM a ZÚLP.

ad 1. Úhrada za výkony, ZÚM a ZÚLP:

Hodnota bodu

- Odb. 305, 308 a 309 mají hodnotu bodu 1,10 Kč, odb. 306 má hodnotu bodu 1,30 Kč
Pozn.: odb. 305, 308 a 309 mají stejnou hodnotu bodu jako jiné analogické obory AS, ale nejsou limitovány úhradovým vzorcem. Toto považujeme za úspěch našich vyjednávačů.
- Odb. 901 a 910 mají hodnotu bodu 1,12 Kč, výkony odb. 931 mají hodnotu bodu 1,30 Kč.
- Odb. 927, 905 a 919 mají hodnotu bodu 1,09 Kč
- Odbornost 403 – radiační onkologie – má u výkonů 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 hodnotu bodu 0,84 Kč, u výkonů 43652 a 43653 hodnotu bodu 1,21 Kč.
- Odbornost 705 – oftalmologie – má u výkonů 75347, 75348 a 75427 hodnotu bodu 0,85 Kč.
- Odb. 105 u výkonů poskytovaných v rámci screeningu Ca kolorekta (15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950) mají hodnotu bodu 1,30 Kč. Pro výkon 15446 je hodnota bodu 1,12 Kč.
- Odb. 701, 702 a 704 u výkonů 73028, 73029 a 71112 mají při novorozeneckém screeningu hodnotu bodu 1,09 Kč
- Odb. 205 má pro výkon 25507 hodnotu bodu 1,09 Kč
- **Pro všechny ostatní odbornosti mimo výše vyjmenované platí, že při ošetření většího, než malého počtu pojištěnců je úhrada jejich výkonů - na rozdíl od výše uvedených - limitovaná vzorcem, přičemž jejich základní hodnota bodu je:**
 - a) u operačních oborů (t.j. 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701, 704 až 707) 1,11 Kč
 - b) u oborů 105, 106, 107, 201, 205, 302, 402, 403 a 705: 1,11 Kč
 - c) u ostatních výše nevyjmenovaných 1,10 Kč

Pozn.:

Účel mírně vyšší hodnoty bodu u operačních a technických oborů je ten, že jsou podstatně více zasaženy inflací, než obory patřící do skupiny c).

Objektivně je třeba poznamenat, že jejich zatížení je jistě větší, než odpovídá výše uvedenému rozdílu v hodnotě bodu cca 1 %.

Bonifikace hodnoty bodu

- 0,04 Kč v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží do konce ledna 2023, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou držiteli po celý rok 2023 platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace. Pokud platnost takového diplomu končí během roku 2023, stačí do měsíce po vypršení platnosti původního diplomu ZP doložit nový, jehož platnost musí začít nejpozději 30 dnů po konci platnosti diplomu původního.

- 0,05 Kč pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně u operačních oborů (501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701, 704 až 707), přičemž má ordinální hodiny alespoň 2 dny v týdnu prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinální doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu o 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin. U poskytovatelů, kde působí jen jeden nositel výkonů, přičemž pracuje sám ve více IČP, stačí pro splnění výše popsaných podmínek, pokud je plní v součtu za všechna IČP (většinou dvou oborů nebo dvou ordinací).
- 0,02 Kč pro danou odbornost, pokud poskytovatel ošetří alespoň 5 % pojištěnců (u operačních oborů 10 %) , u nichž v letech 2020 až 2022 nevykázal žádný výkon mimo 09513 a zároveň využívá pro návštěvy pacientů objednávkový systém, který umožňuje přednostní ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. Tím nejsou myšleny akutní stavy, ale pacienti, u nichž klasická objednávací lhůta nestačí. Např. po dimisi s nemocnice v rámci potřeby zajistit medikaci a návaznou péči. Objednávací systém se ZP prokazuje místopřísežným prohlášením – jeho vzor najdete jako přílohu 1 na konci celého článku).
- 0,06 Kč u odbornosti 306 a výkony kapitoly 931 odb. 901, pokud poskytovatel alespoň u 50 % IČP poskytuje péči v rozsahu alespoň 30 hodin týdně, nebo alespoň 15 hodin týdně a zároveň v rozsahu aspoň o 5 hodin týdně větším, než v roce 2021. U poskytovatelů, kde působí jen jeden nositel výkonů, přičemž pracuje sám ve více IČP, stačí pro splnění výše popsaných podmínek, pokud je plní v součtu za všechna IČP.
- 0,06 Kč u odb. 306 vykáže-li v roce 2023 alespoň u 20 % ošetřených pojištěnců výkon 09532. Do počtu pojištěnců nejsou započítáni pojištěnci, u nichž bude vykázán jen výkon 09513.

Hodnota bodu při péči o zahraniční pojištěnce: je stejná, jako pro pojištěnce české s automatickým započítáním všech bonifikací, tj. většinou 1,21, resp. 1,22 Kč.

Ale pozor – letos je více hodnot bodů a jsou odbornosti, které mají více bonifikačních navýšení hodnot bodu – do ceny péče o cizince je třeba si započítat všechna navýšení, která jsou výše popsána – na to by neměli zapomínat zejména kolegové z odborností 306, 931 a 901.

Limity úhrad

Jak je uvedeno výše, většina odborností, pokud ošetří

- méně než 100 pojištěnců dané ZP (při úvazku 30 hodin na týden, jinak se počet pojištěnců přiměřeně krátí), je hrazena tzv. volně výkonově. Počet vykázaných bodů je vynásoben jeho hodnotou.
- více, než 100 pojištěnců (při úvazku 30 hodin na týden, jinak se počet pojištěnců přiměřeně krátí), má úhrady limitované vzorcem.

Princip úhradového vzorce:

Celková úhrada je daná součtem úhrady za běžné a drahé pojištěnce, přičemž drahý je ten, který bude v roce 2023 ve výkonech, ZÚMu a ZÚLPu pět a vícekrát dražší, než byla průměrná úhrada na jednoho pojištěnce v dané odbornosti roku 2021.

Výsledek tohoto součtu je vynásoben koeficientem, jehož hodnota je 1,16 s tím, že může být navýšen o tzv. koeficient navýšení při splnění níže uvedených bonifikačních kritérií.

1. Úhrada běžných pojištěnců:

Počet běžných pojištěnců ošetřených v roce 2023 x PUROo.

PUROo se vypočítá takto:

- a) Celková úhrada za rok 2021 se podělí počtem běžných pojištěnců v roce 2021
- b) Počet bodů vykázaných v roce 2021 se sečte s úhradou za ZÚM a ZÚLP a tento celkový součet se vydělí počtem běžných pojištěnců v roce 2021
- c) Větší z výsledků dle výpočtů podle bodů a) a b) je hodnotou POROo

Poznámka k výpočtu:

V roce 2023 se pro PUROo neužije přepočet úhrady v roce 2021 na seznam výkonů v roce 2023, nebude ani garance minimální hodnoty bodu, jak tomu bylo v posledních letech.

Důležité upozornění týkající výpočtu PUROo:

Už od října 2022 víme, že ZP se možná budou při jeho výpočtu snažit naši úhradu za rok 2021 rozdělit na tzv. **konečnou** (vypočtenou podle původní úhradové vyhlášky MZ na rok 2021) a **komenzační** (podle tehdejší komenzační vyhlášky) a referenční hodnoty brát jen z čísel dle původní úhradové vyhlášky.

Takový přístup bychom považovali za hrubě účelový. Nesouhlasíme s ním.

K tomu problému máme velmi podrobné právní zdůvodnění, kterým Vás nechceme zde obtěžovat, jistě ale platí, že

1. žádné vyúčtování roku 2021 žádné ZP toto dělení neobsahovalo. Všechna mají jako konečné vyúčtování uvedené hodnoty odpovídající oběma vyhláškám, tj. včetně té komenzační. Referenční hodnoty pro rok 2023 tedy musí vycházet z konečných (komenzační vyhlášku zahrnujících) hodnot roku 2021. Jinak neplatí.
2. v našem segmentu nedošlo v DŘ k dohodě, tj. upozornění odkazující na dohody uvedené ve zdůvodnění k úhradové vyhlášce k tomuto problému pro náš segment neplatí.
3. jediné, co bylo hrazeno jen dle komenzační vyhlášky, ale v jiném režimu než naše výkony a regulované položky, bylo očkování a testování v rámci onemocnění COVID 19, tj. platby z roku 2021 za tuto péči v referenčních hodnotách pro rok 2023 nenajdeme oprávněně.

Na nás všech je ohlídat si své referenční hodnoty v konkrétních textech dodatků a pak i ve vyúčtováních.

V případě, že nám některá ZP pošle hodnoty špatné, je třeba žádat opravu.

Pokud byste s tímto odvoláním nebyli úspěšní, napište nám.

2. Úhrada drahých pojištěnců:

- nejdříve vynásobíte PUROo (výpočet viz výše) počtem drahých pojištěnců roku 2023.
- poté odečteme úhradu (myšleno prostý součin počtu bodů a jejich vyhláškové hodnoty s přičtením nákladů na ZÚM a ZÚLP) za „drahé“ pojištěnce z roku 2021 od úhrady (opět myšleno prostý součin počtu bodů a jejich vyhláškové hodnoty s přičtením nákladů na ZÚM a ZÚLP) za „drahé“ pojištěnce roku 2023.
- porovnáme výsledky výpočtů z bodů 1. a 2. a větší číslo je úhradou „drahých“ pojištěnců.

Koeficient navýšení v úhradovém vzorci:

Jak je uvedeno výše, základní koeficient 1,16 může být navýšen o níže uvedené hodnoty při splnění těchto bonifikačních kritérií:

- 0,04 v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží do konce ledna 2023, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, jsou držiteli po celý rok 2023 platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace. Pokud platnost takového diplomu končí během roku 2023, stačí do měsíce po vypršení platnosti původního diplomu ZP doložit nový, jehož platnost musí začít nejpozději 30 dnů po konci platnosti diplomu původního.
- 0,05 pro danou odbornost v případě, že poskytovatel alespoň u 50% pracovišť (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinální hodiny alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinální doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu o 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin. U poskytovatelů, kde působí jen jeden nositel výkonů, přičemž pracuje sám ve více IČP, stačí pro splnění výše popsanych podmínek, pokud je plní v součtu za všechna IČP (většinou dvou oborů nebo dvou ordinací).
- 0,04 pro danou odbornost, pokud poskytovatel ošetří alespoň 5% pojištěnců (u operačních oborů 10 %), u nichž v letech 2020 až 2022 nevykázal žádný výkon (mimo výkon 09513) a zároveň využívá pro návštěvy pacientů objednávkový systém, který umožňuje přednostní ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav. Tím nejsou myšleny akutní stavy, ale pacienti, u nichž klasická objednávací lhůta nestačí. Např. po dimisi s nemocnice v rámci potřeby zajistit medikací a návaznou péčí. Objednávací systém se ZP prokazuje místopřísežným prohlášením – jeho vzor najdete jako přílohu 1 na konci celého článku).
- 0,10 pro odbornost klinická logopedie v případě, že v roce 2023 podíl počtu pojištěnců u dané ZP s hlavní diagnosou F84.0 až F84,3, F84,5, F84,8, F98,5, F98,6, R47 až R47,9, R13, Q35 až Q37 nebo Q90 až Q99 překročí 10 % celkového počtu ošetřených pacientů.

Další pravidla:

- a) Do počtu „běžných“ pojištěnců z roku 2023 a do průměrné úhrady za rok 2021 nebudou započítáni ti, u kterých byl v roce 2021 nebo bude během roku 2023 vykázán jen výkon 09513 (telefonický kontakt).
- b) Do referenčního období budou započítáni všichni pojištěnci, resp. započítány všechny výkony, které byly vykázány do 31.3.2022 a ZP uznány do 31.5.2022.
- c) Do hodnoceného období budou započítáni všichni pojištěnci, resp. započítány všechny výkony, které budou vykázány do 31.3.2024 a ZP uznány do 31.5.2024.
- d) Zdravotní pojišťovna může platby za výkony v příslušném pololetí platit i formou měsíčních záloh ve výši vždy 1/12 roční 116% úhrady v roce 2021, vyúčtování v takovém případě musí provést do 150 dnů od konce roku 2023.
- e) V závěrečném vyúčtování dostane poskytovatel za každou položku na elektronicky v roce 2023 vystaveném receptu, na základě kterého dojde k výdeji plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku 1,70 Kč.
- f) Pokud u poskytovatele dojde proti referenčnímu období ke změně nasmlouvaného rozsahu péče (nových výkonů, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady), pak se celková výše úhrady poskytovateli navýší o hodnotu vykázaných a ZP uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů včetně ZUM a ZULP.

Kompenzace výpadku příjmů v rámci rušení regulačních poplatků za návštěvu v našich ambulancích:

1. Ke každému klinickému vyšetření je třeba nadále vykazovat kód 09543. Za každý takto vykázaný a ZP uznaný kód dostaneme od ZP 49,- Kč. Bez limitu.
2. Částku 49,- Kč bez limitu dostanou i poskytovatelé, kteří vykáží klinické vyšetření u pacienta ve věku od 6 do 18 let (myšleno od data šestých narozenin do posledního dne před dnem narozenin osmnáctých). Sama vyhláška nijak neřeší, zda bude třeba v těchto případech vykazovat nějaký speciální kód, nebo zda bude částka automaticky přičtena k výkazu klinického vyšetření pacienta této věkové skupiny. Na základě zkušenosti z dřívějších let předpokládáme, že bude prolongována platnost automaticky nasmlouvaných výkonů 09615.

ad 2. Regulace na předpis léků a zdravotnických prostředků:

- je počítána jen z vlastních historických limitů – jako průměr v Kč na 1 rodné číslo.
- limit na rodné číslo je - 110 % ceny v Kč / I URČ a rok
- max. regulační srážka 40 % z překročení nad 110 %.
- nebude uplatněna při ošetření tzv. malého počtu pojištěnců příslušné ZP za rok,
- do regulací nebudou započítané zdravotnické prostředky schválené revizním lékařem.
- ZP tuto regulaci neužije, pokud celkové náklady příslušné ZP v této oblasti nepřevýší její plánované náklady na rok 2023.

Pozn.: Na rozdíl od limitace výkonů a regulace indukované péče je předpis regulace této položky vztahen čistě jen k finančním limitům roku 2021. Pro kontrolu je možné užít data z vyúčtování právě roku 2021.

ad 3. Regulace na předpis indukované péče (odb.: 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812-822, 822 a 823 – zjednodušeně RTG a laboratoř):

- počítána jen z vlastních historických limitů – jako průměr v Kč na 1 rodné číslo.
- limit - 110 % ceny v Kč / I URČ a rok
- max. regulační srážka 40% z překročení nad 110%.
- nebude uplatněna při ošetření tzv. malého počtu pojištěnců příslušné ZP za rok,
- ZP tuto regulaci neužije, pokud celkové náklady příslušné ZP v této oblasti nepřevýší náklady plánované pro tuto oblast dle jejího zdravotně-pojistného plánu pro rok 2023.
- Výkony vyžádané péče se pro výpočet regulací ocení v hodnoceném i referenčním období podle seznamu výkonů platného k l.l.2023.
- Do limitu za regulace nejsou započítány náklady na 82301, 82302 a 82304.

ad 4. Regulace na předpis ZÚMu a ZÚLPu (týká se jen těch odborností, jejichž úhrady nejsou limitované vzorcem mimo 305, 306, 308 a 309):

- počítána jen z vlastních historických limitů – jako průměr v Kč na 1 rodné číslo.
- limit na rodné číslo je - 110 % ceny v Kč / I URČ a rok
- max. regulační srážka 40 % z překročení nad 110 %
- nebude uplatněna při ošetření tzv. malého počtu pojištěnců příslušné ZP za rok,
- ZP tuto regulaci neužije, pokud celkové náklady příslušné ZP v této oblasti nepřevýší 100% jejich nákladů v roce 2021.

Pozn.: Na rozdíl od limitace výkonů a regulace indukované péče je předpis regulace této položky vztahen čistě jen k finančním limitům roku 2021. Pro kontrolu je možné užít data z vyúčtování právě roku 2021.

Ad 2 až 4 společně:

1. Regulace smí ZP uplatnit jen pokud do 30.4.2023 sdělí poskytovateli jeho referenční hodnoty z roku 2021.
2. Žádná z regulací se netýká odborností 305, 306, 308 a 309.
3. Mezi unicitní rodná čísla pro všechny regulace nebudou započítáni ti pacienti, kterým bude v roce 2023 proveden a vykázán jen výkon 09513 (telefonická konzultace).
4. Malý počet pojištěnců je při rozsahu ordinační doby 30 hodin 100 (při menším počtu hodin je toto kráceno analogicky, jak je uvedeno výše u úhrady výkonů v bodu c).
5. Všechny regulační srážky mají sice stanoveno maximum (40% z toho, čím převyšují 110% referenční hodnoty), náběh jejich výšky je ale pomalejší. Stropu 40% je dosaženo až při překročení vyšším, než je 8%. Takže např. při

překročení o 2% je regulační srážka 10%, při překročení o 4% je 20% a při překročení o 6% je 30%. Od 8% výše je srážka už trvale 40%. Při překročení 10% je tedy srážka 40% z těchto 10%, při překročení o 100% je srážka opět 40% tentokrát ze 100% atd..

6. Celková regulační srážka za předpis léků, ZÚM a ZÚLP a indukované péče nesmí přesáhnout 15% obratu zdravotnického zařízení u příslušné zdravotní pojišťovny.
7. **Zdravotní pojišťovny regulace vypočtené dle úhradové vyhlášky (s užitím všech v tomto článku uvedených limitací) uplatnit MUSÍ. Neuplatnit je mohou jen pokud zdravotnické zařízení příslušné navýšení nákladů medicínsky zdůvodní.**
Pozn.:
Ve vyhlášce není uvedeno, že pojišťovna uzná lékařovo zdůvodnění jako předpoklad pro automatické neuplatnění regulační srážky.
Doslovné znění tohoto ustanovení je:
„Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.“
8. Pokud došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytnuté péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a indukovanou péči), zdravotní pojišťovna upraví referenční hodnoty. Doporučujeme požádat zdravotní pojišťovnu o úpravu referenčního čísla předem.
9. Pokud zdravotnické zařízení v průběhu referenčního období neexistovalo nebo nemělo s příslušnou zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních srážek referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
10. Pokud poskytovatel poskytuje služby ve více odbornostech, ZP vypočte a uplatní srážku pro každou odbornost zvlášť.

Nutné je být si vědom, že regulace jsou vztaženy vždy k lékům, zdravotnickým prostředkům a ZÚMu a ZÚLPu v té době předepsaným, nikoli vyzvednutým v lékárně nebo zdravotnických potřebách, nebo uplatněným lékárnou či prodejnou zdravotnických potřeb u pojišťovny, k indukované péči předepsané, nikoli realizované.

Cave: Může se stát, že některé zdravotní pojišťovny regulace spočítají dle data výdeje léků, či prostředků, resp. čerpání příslušné indukované péče. To je ale v rozporu se zněním vyhlášky. V případě ohrožení pokutou z regulací za předpis léků, ZÚMu, ZÚLPu, či indukované péče žádejte po zdravotní pojišťovně přepočítání Vašich dat zcela v souladu se zněním úhradové vyhlášky, resp. svou kontrolu správnosti jejich výpočtů zaměřte právě na okrajové týdny příslušného pololetí.

C. Společná specifika dodatků jednotlivých pojišťoven

Dodatek VZP

Jak jsme avizovali dříve na tomto místě, během první poloviny února jsme ještě dodatečně jednali z vedením VZP o jejích dodatcích.

VZP následně reagovala vydáním nových návrhů dodatků, které jsou t.č. již (jako jediné, ty starší verze dodatků jsme z našeho webu odstranili) zveřejněny na našem webu v článku „Základní pravidla....“

Zde níže tedy hodnotíme již jen výhradně právě tyto nové texty:

Samozřejmě je nezbytné, abyste si ty dodatky, které sami dostanete od VZP, porovnali nejlépe doslovně s těmi vzorovými.

Společné pro nové dodatky je ale to, že na rozdíl od těch původních v článku I. mají jen odstavce 1. a 2., nemají zde odstavec 3.

Ve všech dodatcích VZP již ctí úhradovou vyhlášku MZ, a to i v metodice, kterou k tomuto účelu vydala.

Stejně jako před rokem mají lékaři k dispozici seznam držitelů diplomu ČŽV ČLK. Odkaz na něj najdete u tohoto článku na našem webu.

Pokud se v tom seznamu nenajdete nebo máte diplom ČŽV od jiné instituce a chcete za to získat bonifikaci, musíte své diplomy VZP poslat nejpozději do konce ledna 2023.

Odpovídá-li Vaše ordinační doba stavu, který je popsán v příloze č. 2 smlouvy mezi Vámi s VZP, nemusíte nic dělat. Pokud chcete jakkoli ordinační dobu upravit (např. kvůli příslušné bonifikaci), je třeba to VZP nahlásit nejpozději do začátku roku 2023.

Provozujete-li objednávací systém, který odpovídá 3. bonifikaci, je třeba to VZP dát do konce ledna na vědomí, případně i zaškrtnutím ANO v úhradovém dodatku.

Závěr:

Bude-li se znění Vám nabídnutého dodatku od této ZP shodovat se vzorovým (včetně počtu jen dvou odstavců v čl. I) a budou-li vám souhlasit VZP nabídnuté referenční hodnoty s vašimi výpočty, můžete jej bez obav podepsat.

Poznámka k VZP PLUS

Tento bonifikační program se, bohužel, týká jen některých odborností.

Podmínkou účasti v něm je podpis i základního úhradového dodatku VZP pro rok 2023.

Pro odbornosti 101, 103 a 107 jistě není bez zajímavosti odstavec 4. v článku IV. dodatku VZP PLUS, který se týká neuplatňování regulací nákladů předpisů vzniklých nikoli jen v souvislosti s tímto programem.

VoZP Dodatek

VoZP nebude letos stejně jako v minulých dvou letech rozesílat žádné dodatky. Rozešle jen referenční hodnoty, které je ale třeba si překontrolovat a event. je námítkovat.

Dodatek ČPZP

Dodatek ČPZP kopíruje přesně úhradovou vyhlášku MZ, resp. v mnohém na ní jen odkazuje. Jediným rozdílem je stanovení výše předběžné úhrady těm AS, jejichž konečná úhrada v roce 2021 byla nižší nebo rovna 60.000,- Kč. V tom případě ČPZP jako maximální předběžnou úhradu nabízí právě těch 60.000,- Kč.

To považujeme za nevýhodné po AS, kteří měli v roce 2021 méně než 100 jejich pojištěnců, neboť dle vyhlášky MZ mají nárok na volný výkonový systém a na své peníze z event. doplatku nemusí čekat do května 2024.

Závěr:

Ze zkušenosti z minulých let lze soudit, že ČPZP bude v rychlosti úhrad, regulacích i plnění bonifikací vstřícnější vůči těm AS, s nimiž bude mít úhradový dodatek podepsaný.

Proto Vám doporučujeme, dostanete-li dodatek ve vzorovém znění a budou v pořádku v něm obsažené finanční údaje, dodatek podepsat.

Pokud těm z Vás, kteří jste v roce 2021 měli méně než 100 jejich pojištěnců, nabídne ČPZP limit předběžné úhrady 60.000,- Kč, žádejte volný výkonový systém. Během jednání o dodatku nám vedením této ZP bylo slíbeno, že i takové dodatky pro tyto případy bude mít připravené.

Do konce ledna 2023 je také třeba poslat ČPZP čestné prohlášení k objednacímu systému, diplomy CŽV a – v případě, že se vaše ordinační doba nějak změnila - i přehled o Vaší ordinační době.

Dodatky OZP

OZP jako tradičně nabízí několik typů dodatků. Většinou AS jsou nabízené verze A-LIM a A-VÚ.

Oba typy ctí úhradovou vyhlášku MZ, jen stejně jako v minulých letech mají zjednodušený úhradový vzorec – bez zvláštní úhrady mimořádně nákladných pacientů.

Mimo ni navíc varianta A-LIM

- prodlužuje lhůtu k zaslání informace o využívání objednávkového systému (3. bonifikace) z konce ledna až do konce roku 2023.
- obsahuje ustanovení, podle něhož v případě překročení limitů úhrad lze OZP písemně požádat o navýšení úhrady nad tento limit. OZP připouští, že na základě žádosti AS event. rozhodne o navýšení limitu.

Obě varianty nabízejí několik dalších bonifikací, které se týkají ale jen některých odborností a diagnóz – přesné znění nabídky doporučujeme si prostudovat přímo v samotném dodatku /viz článek „Základní pravidla...“

Jedná se tyto odbornosti a diagnózy:

- všechny lékařské , 901 a 903 – autismus,
- 101 – polymorbidita, diabetes mellitus, hypertense,
- 101 a 103 – diabetes mellitus v souvislosti s převedením na insulin,
- 205 – překryv astmatu a CHOPN,
- 404 – atopická dermatitida a/nebo lupenka,

Naše výhrady k bonifikačním systémům nabízeným OZP:

- a) O pacienty s některými výše uvedenými diagnózami pečují i lékaři jiných odborností, OZP ale s pro nás zcela nejasným zdůvodněním odmítla náš požadavek, aby i oni se mohli do těchto bonifikací zapojit.
- b) Ačkoli je jasné, že zapojení se do bonifikací bude znamenat pro dotčené poskytovatele navýšení nákladů na předpis léků a indukované péče, OZP opět s pro nás nepochopitelným zdůvodněním odmítla tyto náklady paušálně vyřadit mimo regulace.

Závěr:

Pokud nepředpokládáte větší počet mimořádně nákladných pacientů, můžete dodatek (s ohledem na níže uvedené) klidně podepsat.

To platí i pro ty AS, kteří chtějí využít některou z výše uvedených bonifikací vázaných na odbornosti a diagnózy, přičemž se neobávají s tím spojených regulačních srážek.

Všichni ostatní budou mít stejnou konečnou úhradu za rok 2023 s i bez podpisu dodatku. V rámci zkušenosti z minulých let ale víme, že OZP těm, kteří dodatek podepsali, platí dříve a že se u nich i snaží víc přiblížit průběžnému kompletnímu proplacení vykázané péče. Z tohoto pohledu lze tedy konstatovat, že je lepší dodatek, bude-li ve znění vzorového, podepsat.

Dodatek ZPŠ

Tato ZP nabízí celkem 2 typy základních dodatků, které odlišuje podle počtu v roce 2021 ošetřených pojištěnců - do 100 tzv. MOP dodatek, při 101 a více pojištěncích tzv. VOP dodatek.

Oba dodatky ctí znění úhradové vyhlášky MZ, navíc všem odbornostem, jejichž úhrady jsou limitovány vzorcem (a to i v případě malého počtu pojištěnců), nabízí navýšení hodnoty bodu o 0,02 Kč a navýšení koeficientu ve vzorci o 2 jednotky u 3. bonifikace (objednací systém a noví pojištěnci).

V případě VOP také nabízí, že vyzývat k jednání o regulacích bude jen v případě, že u konkrétního AS dojde k navýšení celkových nákladů v dané v předepisované položce (zvláště léky a zdravotnické prostředky, zvláště indukovaná péče a zvláště u ZÚM a ZÚLP) o 30.000,- Kč proti roku 2021.

Upozorňujeme, že jedním z ustanovení v obou typech dodatků je závazek AS, že nesníží kvalitu a dostupnost své péče a že bude-li vybírat od pacientů peníze, bude tak činit jen v souladu s platnými právními předpisy.

Závěr:

Bude-li se znění Vám nabídnutého dodatku od této ZP shodovat se vzorovým, budou-li vám souhlasit ZPŠ nabídnuté referenční hodnoty s vašimi výpočty a nemáte-li výhrady k výše napsanému, můžete jej bez obav podepsat.

Dodatky ZPMV

Tato ZP bude mít několik typů úhradových dodatků.

Většina AS dostane nabídku dodatku PAU (měsíční předběžná úhrada paušální částkou) nebo VYK (předběžná měsíční platba dle vykázané a uznané produkce)
Některé odbornosti budou mít dodatek vlastní.

Všechny typy s námi projednaných dodatků ctí pravidla přílohy č. 3 úhradové vyhlášky MZ.

Nad ní nebo mimo obsahují toto:

1. Do konce ledna je třeba ZPMV poslat diplomy ČŽV, rozsah a rozložení ordinační doby a prohlášení o využívání objednávacího systému (toto prohlášení nemusíte posílat, pokud stihnete podpis a zpětné odeslání dodatku ZPMV do konce ledna 2023 a proti roku 2022 jste nic na systému objednávání pacientů neměnili, jinak ano). Jde o to, abyste měli jistotu, že u vás ZPMV nezapomene na některou bonifikaci.
2. ZPMV v dodatku upřesňuje, že PUROo bude vypočítané z konečné celkové úhrady v roce 2021 vyjma nákladů na očkování a testování proti COVIDu 19.
3. Dojde-li ke změnám struktury vašich pojištěnců s nárůstem nákladů vámi poskytované péče, ZPMV slibuje, že na základě vaší žádosti posoudí možnost částečného či úplného zohlednění této skutečnosti v úhradách.
4. Odbornosti, které pečují o pacienty s hypertenzí, dyslipidemií a diabetem mají možnost využít s těmito diagnózami spojené bonifikace. I letos jsme pro vás vyjednali, že preskripce léků i indukované péče v rámci těchto programů nebude regulovaná.

Závěr:

Bude-li se znění Vám nabídnutého dodatku od této ZP shodovat se vzorovým, můžete jej bez obav podepsat.

Dodatek RBP

RBP v návrhu dodatku ctí úhradovou vyhlášku MZ, navíc ale nabízí ještě toto:

- všem automaticky navyšuje hodnotu bodu o 0,04 Kč a koeficientu ve vzorci o 0,04 bez toho, že by žádala doložení diplomů CŽV.
Jen mimo dodatek v průvodním dopise vyzývá ty poskytovatele, kteří diplomy CŽV nemají, aby jí o tom písemně informovali.
- nabízí bonifikaci 1.000,- Kč za každý měsíc těm AS, kteří během roku 2023 ošetří alespoň 20 jejich pojištěnců a budou provozovat jakýkoli systém online objednávání pacientů, přičemž v tomto požadavku nijak nespecifikuje rozsah, v jakém má tento systém fungovat. Jen zároveň dává podmínku, podle níž odkaz na tento objednávací systém zveřejní na svém webu.

Závěr:

Bude-li se znění Vám nabídnutého dodatku od této ZP shodovat se vzorovým, můžete jej bez obav podepsat. Na Vás samotných je, zda, resp. jakému procentu a na jaká vyšetření umožníte pojištěncům RBP se k Vám objednat online.

Za Radu SAS MUDr. Zorjan Jojko, MUDr. Marie Duřpektová.

Příloha č. 1 – vzor místopřísežného prohlášení k objednávacímu systému:

IČO Poskytovatele:

IČZ Poskytovatele:

Jméno a adresa Poskytovatele:

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ POSKYTOVATELE
K VYUŽÍVÁNÍ OBJEDNÁVKOVÉHO SYSTÉMU**

Svým podpisem čestně prohlašuji, že v rámci poskytování hrazených služeb v roce 2023 využívám pro návštěvy pojištěnců objednávkový systém umožňující přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců Pojišťovny, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.

Vdne

.....

Poskytovatel (podpis, razítko)