

Metodika navýšení hodnoty bodu a celkové výše úhrady za splnění kvalitativních kritérií v segmentu ambulantní specializované péče v roce 2023

V příloze č. 3 úhradové vyhlášky č. 315/2022 Sb. jsou stanovena základní pravidla pro navýšení hodnoty bodu a celkové výše úhrady (dále jen „bonifikace“) za doklad o celoživotním vzdělávání lékařů, resp. ne-lékařů; rozsah a rozdělení ordinační doby, ošetření nových pojištěnců, využívání objednávkového systému a ošetřené procento pacientů s danou hlavní diagnózou u odbornosti 903 a za dispenzarizaci pacientů pro odbornosti 306. V této metodice jsou podrobněji definovány další body a technické a realizační parametry pro přiznání jednotlivých bonifikací.

Obecně: Vzhledem ke způsobu úhrady většiny poskytovatelů v segmentu ambulantních specializovaných služeb bude nárok na jednotlivé bonifikace stejně jako v předchozích letech vyhodnocen na začátku roku a nebude dále přehodnocován (podmínky musí být dodrženy po celý rok) s výjimkou vyhodnocení počtu nově ošetřených pojištěnců, procenta pacientů s danou hlavní diagnózou u odbornosti 903 a procenta pacientů s výkonem č. 09532 u odbornosti 306 (tyto ukazatele budou vyhodnoceny v rámci vyúčtování po skončení roku 2023).

V případě, že poskytovatel v souladu se Smlouvou poskytuje hrazené služby jen v části hodnoceného období (např. ukončení praxe, převody praxí, nové praxe), se smluvní strany dohodnou, že podmínky pro navýšení hodnoty bodu nebo navýšení hodnoty koeficientu ve vzorci pro výpočet celkové výše úhrady, jsou považovány za splněné, pokud je Poskytovatel splňuje po celé období poskytování hrazených služeb.

Shrnutí postupu pro poskytovatele ambulantních specializovaných služeb

(jednotlivé body jsou rozpracovány podrobněji níže pod tabulkou v jednotlivých člancích):

1. Z důvodu usnadnění administrativy osloví **zdravotní pojišťovna stejně jako v předchozích letech ČLK se žádostí o zaslání seznamu** lékařů, kteří mají aktuálně platný **diplom ČŽV**.
2. **Zdravotní pojišťovna připraví seznam** poskytovatelů, kteří mají nárok na bonifikaci, tedy splňují aktuálně podmínku nejméně 50 % pracovníků s diplomem.
3. Poskytovatel, který se **nenajde na seznamu** zveřejněném zdravotní pojišťovnou a má nárok na bonifikaci, musí nejpozději **do 31. 1. 2023 doložit doklad** ČŽV individuálně.
4. Pokud platnost diplomu ČŽV bude zdravotnickým pracovníkům končit v průběhu roku 2023, musí poskytovatel **doložit nový diplom ČŽV nejpozději do 30 dnů od konce platnosti původního diplomu**.
5. Pokud **ordinační doba** uvedená v přílohách č. 2 smluv poskytovatele u zdravotní pojišťovny je **aktuální a odpovídá realitě – tj. vede k nároku na bonifikaci**, poskytovatel mimo diplomu ČŽV **nemusí nic dalšího posílat**.
6. Pokud **potřebuje upravit ordinační dobu**, aby získal bonifikaci, musí to učinit **nejpozději do 1. 1. 2023** a oznámení o tom s uvedením přesné ordinační doby poslat zdravotní pojišťovně **nejpozději do 31. 1. 2023**. Ordinační dobu pak musí (mimo dovolené, vzdělávací akce, pracovní neschopnost apod.) **dodržet po celý rok 2023**.

7. Ukazatel ošetření alespoň **5 % nových pojištěnců**, resp. u **operačních oborů alespoň 10 %**, u nichž v období **od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2022 nebyl vykázán zdravotní pojišťovně žádný výkon**, bude vyhodnocen automaticky po skončení roku 2023. Za nově ošetřené pojištěnce se nepovažují pojištěnci, na které byl v roce 2023 vykázán pouze výkon č. 09513 (telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem).
8. Využívání **objednávkového systému** bude Poskytovatel deklarovat v úhradovém dodatku (zaškrtnutí ANO/NE). Tuto podmínku musí poskytovatel dodržet po celý rok 2023. Podmínka bude v úhradovém dodatku explicitně nastavena na „ANO“, přičemž v případě, že poskytovatel nevede objednávkový systém, sdělí tuto skutečnost zdravotní pojišťovně.
9. Zdravotní pojišťovna po obdržení diplomu ČZV a případně i změny ordinační doby sama zapracuje do systému a do přílohy č. 2, kterou si pak obě smluvní strany odsouhlasí v průběhu prvního pololetí roku 2023.

Podrobný popis pravidel pro uznávání navýšení úhrady

Čl. 1

Pravidla pro přiznání bonifikace pro držitele dokladu o celoživotním vzdělávání

- 1) Ustanovení uvedeno v příloze č. 3 úhradové vyhlášky č. 315/2022 Sb. v části A) v bodě 1. písm. h) odst. i., v bodě 2. písm. d) odst. i. a v bodě 3. odst. KN – koeficient navýšení, písm. a).

*„Hodnota bodu je navýšena, resp. koeficient je přiznán, pokud bude zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2023 doloženo, že **nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků**, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného **dokladu celoživotního vzdělávání** lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí Pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.“*

- 2) Atributy dokladu o celoživotním vzdělávání (dále jen „doklad“):
 - a) diplom celoživotního vzdělávání ČLK,
 - b) nebo obdobný doklad příslušné profesní organizace (např. Diplom celoživotního vzdělávání v oboru ortoptista, Diplom celoživotního vzdělávání klinického logopeda, Diplom asociace klinických psychologů aj.), přičemž příslušná profesní organizace předloží zdravotním pojišťovnám vzor jí vydávaného dokladu o celoživotním vzdělávání.
- 3) Atributy pro uznání nároku poskytovatele na bonifikaci:
 - a) Zdravotní pojišťovna osloví ČLK s žádostí o zaslání seznamu lékařů, kteří jsou držiteli diplomu celoživotního vzdělávání. Dle seznamů ČLK pojišťovna vytvoří seznam poskytovatelů, kteří mají nárok na bonifikaci. Za doložení se tak považuje uvedení lékaře daného poskytovatele na seznamu ČLK.
 - b) Podmínkou pro uznání bonifikace je podíl pracovníků s dokladem alespoň 50 %. Za pracovníka poskytujícího hrazené služby se považuje nositel výkonu s nadkategorií „L“ (lékaři) a „K“ (klinický psycholog, klinický logoped, zrakový terapeut), který je uveden v příloze č. 2 Smlouvy u daného poskytovatele k datu 1. 1. 2023 s kapacitou vyšší než nula (nezapočítávají se školení).

- c) Seznam poskytovatelů, kteří mají nárok na bonifikaci, bude zveřejněn na webu zdravotní pojišťovny, přičemž u poskytovatelů, kteří budou v seznamu označeni symbolem „!“ , není průkazné, zda mají diplomy platné po celý rok 2023. Tito poskytovatelé musí doložit diplom za zdravotnické pracovníky tak, aby byla splněna platnost po celý rok 2023. V případě, že poskytovatel nebude mít příslušný podíl lékařů (tj. nebude uveden na zveřejněném seznamu) a nedoloží diplomy individuálně do 31. 1. 2023, nemá na bonifikaci nárok (na pozdější předání dokladu nebude brán zřetel).
- d) **Ostatní doklady o celoživotním vzdělávání vydávané jinou profesní organizací je nutné doložit zdravotní pojišťovně individuálně.**
- e) Vyhodnocování této bonifikace se bude realizovat pro celého poskytovatele/ za všechna jeho IČP resp. odbornosti dohromady (s ohledem na skutečnost, že níže uvedené bonifikace jsou vázány na odbornost).

Čl. 2

Pravidla pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby

- 1) Ustanovení uvedeno v příloze č. 3 úhradové vyhlášky č. 315/2022 Sb. v části A) v bodě 1. písm. h) odst. ii., v bodě 2 písm. d) odst. ii. a v bodě 3. odst. KN – koeficient navýšení, písm. b).

„Hodnota bodu je navýšena, resp. koeficient je přiznán v dané odbornosti v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů (tj. odbornosti 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707), přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin. Tato podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.“

- 2) Atributy pro uznání nároku poskytovatele na bonifikaci:
 - a) nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu nasmlouvání rozsahu a rozložení ordinační doby v příloze č. 2 Smlouvy k datu 1. 1. 2023 (na pozdější úpravy nebude brán zřetel). Tuto změnu Poskytovatel oznámí zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2023,
 - b) nárok na bonifikaci se týká pouze odbornosti, resp. všech IČP v této odbornosti, pokud je daný rozsah a rozložení ordinační doby nasmlouván nejméně u 50 % pracovišť této odbornosti u daného poskytovatele,
 - c) za jediného nositele výkonu se považuje pouze jeden jediný lékař působící u poskytovatele,
 - d) v návaznosti na poslední větu vyhlášky a vzhledem k tomu, že mohou nastat různé případy rozdělení ordinační doby dle pracovišť, dle odborností a dle lékařů, uvádíme jednotlivé případy z praxe a jejich nárok na bonifikaci:

Situace	Nárok na bonifikaci
jedno IČZ, jedno IČP, jedna odbornost – splňuje podmínky v jedné ordinaci	ANO
jedno IČZ, více IČP, jedna odbornost (stejný lékař) - splňují podmínky jen v součtu (vesnické praxe)	ANO
jedno IČZ, více IČP, jedna odbornost (každé jiný lékař) - splňují podmínky jen v součtu	NE
jedno IČZ, více IČP, jedna odbornost (každé jiný lékař) - podmínky splňuje nejméně 50 % z nich	ANO
jedno IČZ, více IČP, různé odbornosti - samostatně pro odbornost nesplňují, splňuje v součtu za odbornosti, stejný lékař (stejná adresa)	ANO
jedno IČZ, více IČP, různé odbornosti - samostatně pro odbornost nesplňují, splňuje v součtu za odbornosti, stejný lékař (různá adresa)	ANO

- e) poskytovatel podepsáním dodatku zároveň prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby budou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2023. V opačném případě ztrácí nárok na bonifikaci.

Čl. 3

Pravidla pro přiznání bonifikace za využívání objednávkového systému a ošetření nových pojištěnců

- 1) Ustanovení uvedeno v příloze č. 3 úhradové vyhlášky č. 315/2022 Sb. v části A) v bodě 1. písm. h) odst. iii., v bodě 2 písm. d) odst. iii. a v bodě 3. odst. KN – koeficient navýšení, písm. c).

*„Hodnota bodu je navýšena, resp. koeficient je přiznán v dané odbornosti v případě, že poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2022 nevykázal zdravotní pojišťovně žádný výkon s výjimkou pojištěnců, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513, a pro návštěvy pojištěnců využívá **objednávkový systém**, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav.“*

- 2) Definice nového pojištěnce:
- u pojištěnce nebyl v období od 1. ledna 2020 do 31. prosince 2022 vykázán žádným z pracovišť poskytovatele v dané odbornosti žádný výkon, s výjimkou výkonu č. 09513,
 - na pojištěnce musí být v roce 2023 v dané odbornosti poskytovatele vykázán nějaký výkon, kromě výkonu č. 09513,
 - za nového pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v dané odbornosti vykázán pouze výkon č. 09513 (Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem).
- 3) Za objednávkový systém se považuje:
- objednávkový systém, který umožní přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,
 - systém, který umožňuje především elektronické objednání a dále telefonické, či osobní objednání na pevně stanovený čas.

- 4) Vyhodnocení této bonifikace proběhne po skončení hodnoceného období v rámci celoročního vyúčtování.
- 5) Atributy pro uznání nároku poskytovatele na bonifikaci:
 - a) poskytovatel v úhradovém dodatku zaškrtně, zda používá/nepoužívá objednávkový systém, kontrola ze strany zdravotní pojišťovny bude probíhat průběžně,
 - b) **vyhodnocování procenta nových pojištěnců bude provedeno nad danou odborností poskytovatele** (nikoliv nad jednotlivými IČP, jak je tomu při vyhodnocení rozsahu a rozložení ordinační doby).
- 6) V případě, že Poskytovatel nemá se zdravotní pojišťovnou uzavřen úhradový dodatek pro rok 2023, předloží nejpozději do 31. 12. 2023 zdravotní pojišťovně formou čestného prohlášení, že po celý rok 2023 využíval pro pojištěnce objednávkový systém.

Čl. 4

Pravidla pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby u odbornosti 306 a 901

- 1) Ustanovení uvedeno v příloze č. 3 úhradové vyhlášky č. 315/2022 Sb. v části A) v bodě 1. písm. h) odst. iv.

„Hodnota bodu je navýšena v odbornosti 306 a pro výkony podle kapitoly 931 poskytované poskytovateli odbornosti 901 v případě, že poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje v hodnoceném období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin týdně nebo v hodnoceném období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 15 ordinačních hodin týdně a zároveň v rozsahu alespoň o 5 hodin týdně delším než v referenčním období. Tato podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek.“
- 2) Atributy pro uznání nároku poskytovatele na bonifikaci:
 - a) nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu nasmlouvání rozsahu ordinační doby v příloze č. 2 Smlouvy k datu 1. 1. 2023 (na pozdější úpravy nebude brán zřetel). Tuto změnu Poskytovatel oznámí zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2023,
 - b) nárok na bonifikaci se týká daných odborností, resp. všech IČP u daných odborností, pokud je daný rozsah ordinační doby nasmlouván nejméně u 50 % pracovišť těchto odborností u daného poskytovatele,
 - c) za jediného nositele výkonu se považuje pouze jeden jediný lékař působící u poskytovatele,
 - d) v návaznosti na poslední větu vyhlášky a vzhledem k tomu, že mohou nastat různé případy rozdělení ordinační doby dle pracovišť a dle lékařů, uvádíme jednotlivé případy z praxe a jejich nárok na bonifikaci:

Situace	Nárok na bonifikaci
jedno IČZ, jedno IČP, jedna odbornost – splňuje podmínky v jedné ordinaci	ANO
jedno IČZ, více IČP, jedna odbornost (stejný lékař) - splňují podmínky jen v součtu (vesnické praxe)	ANO
jedno IČZ, více IČP, jedna odbornost (každé jiný lékař) - splňují podmínky jen v součtu	NE
jedno IČZ, více IČP, jedna odbornost (každé jiný lékař) - podmínky splňuje nejméně 50 % z nich	ANO
jedno IČZ, více IČP, různé odbornosti - samostatně pro odbornost nesplňují, splňuje v součtu za odbornosti, stejný lékař (stejná adresa)	ANO
jedno IČZ, více IČP, různé odbornosti - samostatně pro odbornost nesplňují, splňuje v součtu za odbornosti, stejný lékař (různá adresa)	ANO

- e) poskytovatel podepsáním dodatku zároveň prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah ordinační doby budou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2023. V opačném případě ztrácí nárok na bonifikaci.

Čl. 5

Pravidla pro přiznání bonifikace za dispenzarizaci pojištěnců v odbornosti 306

- 1) Ustanovení uvedeno v příloze č. 3 úhradové vyhlášky č. 315/2022 Sb. v části A) v bodě 1. písm. h) odst. v.

„Hodnota bodu je navýšena v odbornosti 306 v případě, že poskytovatel v hodnoceném období vykázal výkon č. 09532 podle seznamu výkonů alespoň u 20 % ošetřených pojištěnců. Do počtu ošetřených pojištěnců se nezapočítávají pojištěnci, na které byl v hodnoceném období vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.“
- 2) Definice ošetřeného pojištěnce:
 - a) Ošetřeným pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený Poskytovatelem v odbornosti 306 v hodnoceném období alespoň jednou.
 - b) Do ošetřených pojištěnců se nezahrnují ti pojištěnci, na které byl poskytovatelem v odbornosti 306 vykázán pouze výkon č. 09513 (Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře s pacientem).
 - c) Pokud byl pojištěnec Poskytovatelem v dané odbornosti ošetřen v příslušném hodnoceném období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou.
- 3) Vyhodnocení této bonifikace proběhne po skončení hodnoceného období v rámci celoročního vyúčtování.

Čl. 6

Pravidla pro přiznání bonifikace za ošetření pojištěnců u odbornosti 903

- 1) Ustanovení uvedeno v příloze č. 3 úhradové vyhlášky č. 315/2022 Sb. v bodě 3. odst. KN – koeficient navýšení, písm. d).

„Koeficient navýšení pro odbornost 903 je přiznán v případě, že v hodnoceném období podíl počtu poskytovatelem ošetřených unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny s hlavní diagnózou 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 podle mezinárodní klasifikace nemocí překročí 10 % z celkového počtu ošetřených unikátních pojištěnců.“

- 2) Definice unikátně ošetřeného pojištěnce:
 - a) Unikátním ošetřeným pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném období alespoň jednou.
 - b) Pokud byl tento pojištěnec Poskytovatelem v dané odbornosti ošetřen v příslušném hodnoceném období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou.
- 3) Vyhodnocení této bonifikace proběhne po skončení hodnoceného období v rámci celoročního vyúčtování.