

Protokol

ze závěrečné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2022 ve skupině poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí

Datum konání: 14. června 2021

Účastníci jednání: dle prezenční listiny (příloha č. 2)

Společný návrh účastníků jednání je přílohou č. 1 tohoto protokolu

Účastníci při jednání **došli k dohodě.**

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o úhradách na rok 2022 ve skupině poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí došlo k dohodě. Součástí dohody byla podmínka, že pokud dojde k možnosti navýšení úhrady nad předložený návrh zdravotních pojišťoven, bude úhrada péče v segmentu poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí navýšena minimálně srovnatelně s ostatními segmenty poskytovatelů. S ohledem na avizované navýšení platby pojistného za státní pojištěnce došlo k dalšímu jednání, jehož výsledkem je společný návrh účastníků jednání, o kterém bylo hlasováno.

Tato dohoda v závěrečné fázi je uzavírána za podmínky, že dojde k navýšení měsíční částky pojistného za jednoho státního pojištěnce o 200 Kč s účinností od 1. 1. 2022. Pokud k navýšení nedojde, zůstává v platnosti obsah dohody uzavřené dne 20. 5. 2021 v rámci přípravné fáze.

Společný návrh získal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a souhlas všech přítomných zástupců příslušných profesních sdružení poskytovatelů.

Hlasování o předložených návrzích

Pozn.: Hlasováno bylo aklamací, kdy byli jednotliví oprávnění účastníci za poskytovatele a za zdravotní pojišťovny vyzváni k hlasování o jednotlivých návrzích.

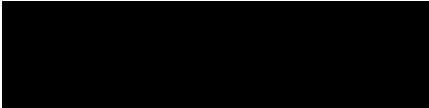
Společný návrh účastníků jednání (příloha č. 1 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	1	PRO:	7
PROTI:	0	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

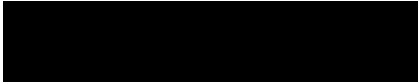
Návrh **byl přijat.**

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora	Organizace	Podpis
Bc. Štěpánka Musilová	UNIFY ČR	

Za zdravotní pojišťovny:

Jméno	Pojišťovna	Podpis
Ing. David Šmehlík, MHA	VZP ČR	

Ostatní přítomní zástupci zdravotních pojišťoven (osobní účast - podpis/telekonference (T) – omluven(O))

MUDr. Jitka Vojtová, MBA	OZP	T
MUDr. Petr Šmach	ZPŠ	T
MUDr. Renata Knorová, MBA	ČPZP	T
Ing. Markéta Benešová	VoZP	T
MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová	ZPMV	T
JUDr. Václav Janalík, MHA	RBP213	T

Společný návrh na úhradu ve skupině poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí pro rok 2022

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2022 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2022, poskytovatelem vykázané do 31. března 2023 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2023.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2019 – do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2019, poskytovatelem vykázané do 31. března 2020 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2020.

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč. Tyto výkony nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 4.
2. Pro výkony neuvedené v bodě 1 se stanoví hodnota bodu ve výši **0,81 Kč**.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz **G10 – G14, I60 – I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94** podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí **5 %**, navýší se hodnota bodu dle bodu 2. o **0,07 Kč**.
4. Celková výše úhrady pro výkony neuvedené v bodě 1 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,08 + KN) * POPzpoZ * PUROo + \max\{(1,08 + KN)*PUROo * POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)\}$$

kde:

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále v textu je „ZU“) na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do výpočtu PURO nevstupují pojištěnci, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí., dále do výpočtu PUROo nevstupuje úhrada za tyto pojištěnce v referenčním období, vypočtená na základě skutečné hodnoty bodu HBskut za výkony, které byly v referenčním období součástí limitace úhrady

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem

v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění se zahrne úhrada za pojištění ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištění zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

UHR_{Mr} je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění se zahrne úhrada za pojištění ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištění zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- a) **0,02** – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21113, 21115, 21315** podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než **50 %**.
- b) **0,02** – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21221 a 21415** podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší než **14 %**.
- c) **0,10** – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z hlavních diagnóz **G10 - G14, I60 - I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94** podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců překročí **5 %**.
- d) **0,02** – v případě, že bude zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2022 doloženo, že nejméně 50 % pracovníků, kteří v rámci poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání UNIFY ČR, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období.

HB_{skut} je skutečná hodnota bodu v referenčním období pro jednotlivé výkony poskytovatele stanovená jako:

$$HB_{skut} = HB_{ref} * \frac{UHR_{ref}}{PB_{ref} * HB_{ref} + KP_{ref}}$$

UHR_{ref}	je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
KP_{ref}	je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady

PB _{ref}	je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
HB _{ref}	je hodnota bodu platná v referenčním období pro jednotlivé služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady

- U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
- Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 a 2. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 3 a 4 nepoužijí.
- Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.
- Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedná dvanáctiny 115 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

Prezenční listina

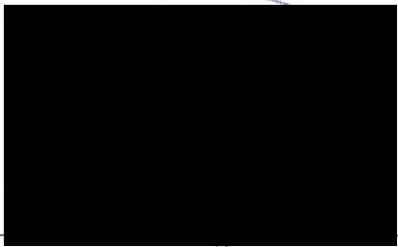
závěrečná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2022

Datum: 14. 6. 2021

Skupina: Poskytovatelé fyzioterapie – nelékařské profese

Místo: VZP ČR, Orlická 4/2020, Praha 3 a telekonference Webex

Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Osobně – podpis/Telekonferenčně (T)
VZP ČR	Ing. David Šmehlík, MHA Ing. Jiří Mrázek, MBA Ing. Miroslav Jankůj Mgr. Libuše Dřímálová	
ZPMV ČR	MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová	T
ČPZP	MUDr. Renáta Knorová Lucie Linkeová	T
ZPŠ	MUDr. Petr Šmach	T
VoZP	Ing. Markéta Benešová	T
RBP	JUDr. Václav Janalík	T
OZP	MUDr. Jitka Vojtová RNDr. Zdeňka Kopecká	T

Skupina poskytovatelů

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Osobně – podpis/Telekonferenčně (T)
UNIFY ČR	Šárka Smejkalová Bc. Štěpánka Musilová	T

Hosté

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Osobně – podpis/Telekonferenčně (T)