Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2022 ve skupině poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče

Datum konání: 20. května 2021
Účastníci jednání: dle prezenční listiny (příloha č. 2)

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR a zástupců poskytovatelů 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 ambulantní hemodialyzační péče byly předloženy tři návrhy, a to návrhy zdravotních pojišťoven a návrh zástupců poskytovatelů. Po diskusích účastníků jednání byl modifikován návrh zdravotních pojišťoven a k hlasování byl nakonec předložen jeden společný návrh účastníků jednání, o kterém bylo hlasováno.

Návrh vychází z úhradového mechanismu pro rok 2021 a předpokládá konzervaci objemu finančních prostředků z roku 2021 pro všechny segmenty pro rok 2022. V souladu s tímto předpokladem je součástí návrhu úprava hodnot bodu v souvislosti s úpravou hodnoty ceny práce ve všech skupinách nositelů zdravotních výkonů ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Dohoda je uzavírána za podmínky, že pokud dojde k možnosti navýšení úhrady nad předložený společný návrh zdravotních pojišťoven a poskytovatelů, bude úhrada péče v segmentu poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče navýšena minimálně srovnatelně s ostatními segmenty poskytovatelů.

Jediný předložený 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 VZP ČR, SZP ČR a zástupců poskytovatelů (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 potvrzuji svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora	Organizace	Podpis
MUDr. Tomáš Jirka	ADS ČR	[redacted]

Za zdravotní pojišťovny:

Jméno	Pojišťovna	Podpis
Ing. David Šmehlík, MHA	VZP ČR	[redacted]

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

MUDr. Jitka Vojtová, MBA	OZP	T
MUDr. Petr Šmach	ZPŠ	T
Lucie Linkeová	ČPZP	T
Ing. Markéta Benešová	VoZP	T
MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová	ZPMV	T
Dalibor Křen	RBP213	T

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR a ADS ČR na úhradu segmentu ambulantní dialyzační péče 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.

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Pro poskytovatele poskytující dialyzační péči se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,79 Kč.
2. Hodnota bodu podle bodu 1 se dále navýší za podmínek uvedených níže v případě, že poskytovatel kvartálně referuje výsledky jím poskytované dialyzační léčby do Registru dialyzovaných pacientů vedeného Českou nefrologickou společností, o.s. (RDP), a to v souladu s metodikou reportování do RDP.
   a) V případě, že poskytovatel referoval data o dialyzační léčbě již za rok 2021, zdravotní pojišťovna navýší hodnotu bodu podle bodu 1 o 0,02 Kč od 1. ledna 2022.
   b) Pokud poskytovatel za období před 1. lednem 2022 výsledky jím poskytované dialyzační léčby nereferoval, bude mu částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle pravidel uvedených v písmenu a) uhrazena, pokud bude referovat data kvartálně v roce 2022. Vypočtená částka navýšení úhrady bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
   c) Pokud bude poskytovateli navýšena hodnota bodu podle písmene a) a poskytovatel data v roce 2022 přestane referovat, je zdravotní pojišťovna oprávněna mu úhradu podle písmene a) zpětně snížit.
   d) Poskytovatel doloží zdravotním pojišťovnám splnění podmínek uvedených v písmenu a) nejpozději do 31. ledna 2022 a splnění podmínek uvedených v písmenu b) nejpozději do 31. ledna 2023.
3. Zdravotní pojišťovna nejpozději do 28. února 2023 z dat reportovaných do Registru dialyzovaných pacientů vyhodnotí ve spolupráci s Českou nefrologickou společnosti, o.s. dohodnutá kvalitativní kritéria stanovená v části D za jednotlivá pracoviště poskytovatele. Hodnota bodu podle bodu 1 se poskytovateli v případě, že plní podmínky podle bodu 2 a dohodnutá kvalitativní kritéria, navýší o další 0,05 Kč tímto způsobem:

$$\textbf{Navýšení HB} = 0{,}05\ \text{Kč} \times \textbf{Ip}$$

kde:

Navýšení HB je výsledné navýšení hodnoty bodu u poskytovatele, které může dosáhnout maximální hodnoty ve výši 0,05 Kč,

IP je index produkce, který může nabývat hodnoty od 0 do 1 a který se vypočte jako:

$$\text{Ip} = \frac{\sum P_{SPL}}{\sum P_{ALL}},$$

$\sum P_{SPL}$ je součet bodů za výkony č. 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523 18530 a 18550 podle seznamu výkonů za všechna pracoviště poskytovatele (IČP), u kterých došlo ke splnění kvalitativních kritérií, v hodnoceném období,

$\sum P_{ALL}$ je součet bodů za výkony č. 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523 18530 a 18550 podle seznamu výkonů za všechna pracoviště poskytovatele (IČP) v hodnoceném období.

4. Vypočtená částka navýšení úhrady podle bodu 3 bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

5. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se úhrada stanoví podle bodu 1.

B) Úhrada za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny

1. Pro níže uvedené hrazené služby se stanovuje úhrada ve výši:

   a) Výkon č. 76661 - Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 3 000 Kč.
      i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním (stadium 5) bez klíčových kontraindikací k transplantaci ledvin.
      ii. Podmínky úhrady: Vykazuje se na jednoho pojištěnce jedenkrát.

   b) Výkon č. 76662 - Oznámení o začátku vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 4 500 Kč.
      i. Popis: Signalizace zahájení vyšetřování pojištěnce s chronickým renálním selháním, u kterého opakovaně hodnota glomerulární filtrace (GFR) dosáhne hodnoty menší než 0,20 ml/s.
      ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce nebyl v době před začátkem vyšetřování vhodnosti k transplantaci ledviny vykázán žádný z výkonů dialyzační péče podle seznamu výkonů. Vykazuje se na jednoho pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny jedenkrát.

   c) Výkon č. 76663 - Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce již zařazeného do dialyzačního programu 7 000 Kč.
      i. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který byl již zařazen do dialyzačního programu. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření centra vysoce specializované péče v oblasti transplantologie k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.
      ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená zdravotní služba podle části B bodu 1 písm. a). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.

   d) Výkon č. 76664 - Oznámení o ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny u pojištěnce v predialyzačním stádiu 10 500 Kč.

i. Popis: Signalizace ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce, který je u poskytovatele v predialyzační péči. Je vykazováno poskytovatelem, který indikoval pojištěnce k vyšetření, poté, co obdržel vyjádření transplantačního centra k zařazení nebo nezařazení pojištěnce na čekací listinu.

ii. Podmínky úhrady: U pojištěnce byla vykázána hrazená zdravotní služba podle části B bodu 1 písm. b). Transplantační centrum u pojištěnce vykázalo výkon č. 51902 podle seznamu výkonů a zároveň bylo signalizováno odeslání žádosti k zařazení pojištěnce na čekací listinu, nebo skutečnost, že zařazení pojištěnce na čekací listinu není nedoporučeno.

e) Výkon č. 76667 - Vyšetření žijícího dárce ledviny 20 000 Kč.

i. Popis: Vykazuje se při zahájení vyšetření žijícího dárce ledviny. Tato hrazená služba se vykazuje na číslo pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny, který je příjemcem orgánu.

ii. Podmínka úhrady: Vykazuje poskytovatel v případě, že indikuje vhodného dárce ledviny.

2. Pravidla pro vykazování a úhradu hrazených služeb uvedených v bodě 1:
   a) Minimálním rozsahem péče při vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny se rozumí soubor vyšetření provedený v souladu s doporučeným postupem České transplantační společnosti a v závislosti na aktuálním klinickém stavu konkrétního pojištěnce.
   b) Hrazené služby uvedené v bodě 1 nejsou hrazeny v případě zahraničních pojištěnců.
   c) Hrazené služby uvedené v bodě 1 nelze vykázat u pojištěnců, kteří mají zdravotní kontraindikaci k transplantaci ledvin.

C) Regulační omezení

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2022 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
   a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
   b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
   c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.

2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující dialyzační péči dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou úhrady zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a úhrady za zvlášť účtovaný materiál vykázaný v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada

na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 106 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu. Do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce zdravotní pojišťovny, na které byly poskytovatelem vykázány hrazené zdravotní služby definované v části B bodu 1 písm. a), b) nebo e). Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1.lednu 2022 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

5. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 2 až 4.

6. Regulační omezení podle bodu 2 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevýší u příslušné zdravotní pojišťovny součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.

7. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2022 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší

předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2022 podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

9. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se úhrada za tento zdravotnický prostředek do výpočtu regulačních omezení podle bodu 3.

10. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely přiměřeně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech.

11. U poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, neměl uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

12. Regulační omezení podle bodů 2 až 4 se nepoužije, jedná-li se o hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům, nebo pokud poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb pro danou odbornost.

13. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.

D) Kvalitativní kritéria poskytované dialyzační péče a jejich vyhodnocení

1) Parametry předávaných údajů

a) Poskytovatel referuje výsledky jím poskytované pravidelné dialyzační péče za jednotlivá pracoviště (dialyzační střediska) do Registru dialyzovaných pacientů v průběhu roku 2022 kvartálně, a to vždy po ukončení daného kvartálu. Data za poslední kvartál roku 2022 referuje poskytovatel nejpozději do 31. ledna 2023.

b) Poskytovatel referuje minimálně 90 % pojištěnců ošetřených na daném pracovišti, kteří splnili podmínky pravidelného dialyzačního léčení.

c) Za pacienta v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pojištěnec, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoeliminačních metod nebo peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, a to alespoň do 90 dní od prvního dne jejich vykázání.

d) Poskytovatel zajistí od svých pacientů souhlas pacienta se zpracováním a poskytnutím osobních údajů, kterým pacient umožní zdravotním pojišťovnám poskytnout České nefrologické společnosti údaje nezbytné pro vyhodnocení kvality a efektivity dialyzační léčby (dále jen „souhlas"), případně informuje příslušnou zdravotní pojišťovnu o neudělení takového souhlasu. Kopie souhlasů se zpracováním a poskytnutím osobních údajů zašle Poskytovatel příslušné zdravotních pojišťovně dohodnutým způsobem najednou nejpozději do 31. ledna 2023 včetně průvodního dokumentačního souboru.

e) Poskytovatel referuje do Registru dialyzovaných pacientů informace a data o průběhu

dialyzační léčby dle metodiky sběru a hodnocení dat Registru dialyzovaných pacientů.

2) Parametry kvality léčby v pravidelném dialyzačním léčení

a) Dohodnuté parametry kvality:

Parametr kvality dialyzační léčby	Minimální procento referovaných pojištěnců ošetřených na pracovišti poskytovatele plnících daný parametr kvality
Hodnota Hb > 100 g/l	70 %
Hodnota P < 1,8 mmol/l	50 %
Hodnota KtV > 1,2	70 %
Počet transplantovaných pojištěnců a pojištěnců zařazených do čekací listiny	7 %

b) Do vyhodnocení kvalitativních kritérií nejsou zahrnuti pojištěnci, jimž byly poskytnuty pouze hrazené služby vykázané výkony peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů.

Prezenční listina

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

Datum: 20. 5. 2021

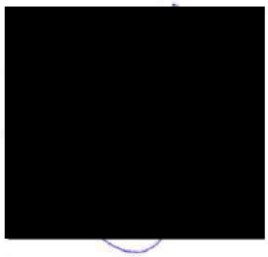
Skupina: Poskytovatelé ambulantní hemodialyzační péče

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 Ing. Miroslav Jankůj Mgr. Libuše Dřímalová	[redacted]
ZPMV ČR	MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová	**T**
ČPZP	Lucie Linkeová	**T**
ZPŠ	MUDr. Petr Šmach	**T**
VoZP	Ing. Markéta Benešová	**T**
RBP	Dalibor Křen	**T**
OZP	MUDr. Jitka Vojtová RNDr. Zdeňka Kopecká	**T**

Skupina poskytovatelů

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Osobně – podpis/Telekonferenčně (T)
Asociace dialyzačních středisek ČR	MUDr. Tomáš Jirka MUDr. Vladimír Vojanec (T)	

Hosté

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis