

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 následné lůžkové péče

Datum konání: 18. 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 cenách roku 2022 ve skupině poskytovatelů následné lůžkové péče poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče došlo dne 19. 5. 2021 mezi účastníky jednání k nedohodě o úhradě zdravotní péče.

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. V rámci závěrečné fáze dohodovacího řízení o cenách roku 2022 došlo mezi účastníky jednání k dohodě o úhradě zdravotní péče. 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 protokolu uzavřeného dne 19. 5. 2021 v rámci přípravné fáze DŘ pro rok 2022. Parametry dohody jsou kalkulovány pro aktuální výši platových tabulek zdravotnických pracovníků a nepředpokládají jejich změnu. Dohoda o výši úhrady je uzavírána na předpokládanou standardní úroveň produkce zdravotních služeb neovlivněnou významným dopadem pandemie onemocnění COVID-19.

V souvislosti s výše uvedeným bylo MZ ČR deklarováno:

- Dojde-li k navýšení platových tabulek, MZ ČR tyto navýšené osobní náklady bude kalkulovat do ustanovení úhradové vyhlášky roku 2022 nebo vydá novou úhradovou vyhlášku pro rok 2022, která bude tyto dodatečné osobní náklady nemocnice kompenzovat, a v rámci zachování stability veřejného zdravotního pojištění by mělo navrhnout adekvátní navýšení platby za státní pojištěnce.
- V případě další vlny COVID-19 epidemie v roce 2022, která nařízení omezí provoz nemocnic a strukturu poskytované péče, MZ ČR vydá kompenzační vyhlášku, kterou budou uhrazeny vzniklé náklady související s ošetřováním pozitivních pacientů.

Společný návrh poskytovatelů a zdravotních pojišťoven získal souhlas všech přítomných zástupců profesních sdružení poskytovatelů akutní lůžkové péče a všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven.

Hlasování o předložených návrzích

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

Společný návrh na úhradu následné lůžkové péče (příloha č. 1 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	4	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
JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA (plná moc k jednání od MUDr. Volejníka)	ANČR	

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. Petr Hrabák	VoZP	T
MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová	ZPMV	
JUDr. Václav Janalík	RBP213	T

Společný návrh účastníků jednání pro následnou lůžkovou péči, dlouhodobou lůžkovou péči a zvláštní lůžkovou péči na rok 2022

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetřovacího dne 00005 a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetřovacího dne podle seznamu výkonů (dále jen „OD“) včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, a výkony agregované do ošetřovacího dne podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00021, 00026, 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2022} = KN * PS_{OD,2019} + 1,19 * NavýšeníOD_i$$

kde:

$PS_{OD,2019}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2019, bez navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetřovací den.

$NavýšeníOD_i$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů lůžkové péče za ošetřovací den typu i , uvedené v příloze č. 9 vyhlášky.

KN KN je koeficient navýšení stanovený v písmenu c).

- c) KN se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:
- Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,192,
 - Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,192,
 - Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,227,
 - Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,227,
 - Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,227.
- d) Paušální sazba za jeden den hospitalizace OD 00021 a 00026 bude stanovena podle vzorce uvedeného v písmenu b), přičemž pro kategorie pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů se pro tyto OD stanoví hodnota KN ve výši 1,297 do 120. dne hospitalizace a hodnota 1,18 od 121. dne hospitalizace. Počet dní bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před

1. lednem 2022, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2022. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se hodnota KN stanoví ve výši 1,226.

- e) Stanovení výše paušální sazby OD 00021 a OD 00026 podle písmene d) je podmíněno provedením restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče podle plánu restrukturalizace, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví. V případě neprovedení restrukturalizace podle věty první se výše paušální sazby stanoví podle písmene b).
- f) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2019, navýšené o 8 %.
- g) Měsíční předběžná úhrada pro poskytovatele vykazující OD 00021 a OD 00026 bude poskytnuta ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc, přičemž OD 00021 a OD 00026 budou oceněny podle písmene b) s použitím hodnoty KN ve výši 1,24. Předběžnou měsíční úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období.
- h) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen d) a e) a úhrada za OD 00021, 00026 se stanoví podle písmene b).

2. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče

- a) Ambulantní zdravotní péče bude hrazena shodně jako příslušný ambulantní segment včetně regulačních omezení.
- b) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,17 Kč.
- c) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.
- d) Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max\{PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1..m} PUM_{ho,j}\right) * 1,15 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\}$$

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci j zdravotní služby v hodnoceném období.

KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou

uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

PB_{ho} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období podle seznamu výkonů.

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,88 Kč.

KP_{ho} je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

j nabývá hodnot 1 až m , kde m je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období.

$PMUP_{ref}$ je průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1...n} PUM_{ref,i}}$$

kde:

Uhr_{ref} je celková úhrada poskytovateli za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v referenčním období.

$PUM_{ref,i}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci i zdravotní služby v referenčním období.

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období.

- e) U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.
- g) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se sjednají ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
- h) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 115 % úhrady za referenční období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.

3. Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče

- a) OD 00015, 00017 a 00020 budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,22 Kč pro OD 00015, 1,19 Kč pro OD 00017 a 1,15 Kč pro OD 00020.
- b) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce nad 18 let věku maximálně 90 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP. Překročení maximálního počtu hrazených OD 00017 na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
- d) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce maximálně 190 OD 00020, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může udělit předchozí souhlas s překročením limitu podle předchozí věty.
- e) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,97 Kč.

Příloha č. 9 vyhlášky

Hodnoty navýšení úhrad podle typu ošetrovacího dne

Typ ošetrovacího dne podle seznamu výkonů	Navýšení úhrady
00005	179
00021	143
00022	108
00023	233
00024	233
00025	466
00026	179
00027	108
00028	233
00029	233
00030	233

Prezenční listina

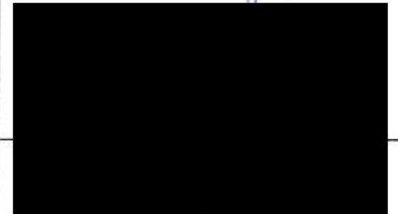
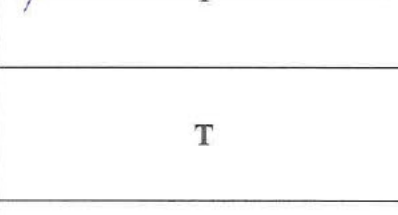
Jednání v rámci závěrečné fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2022

Datum: 18. 6. 2021

Skupina: Následná lůžková péče

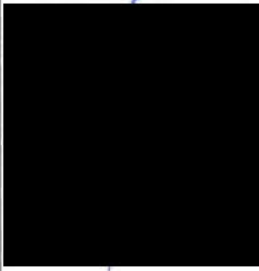
Místo: VZP ČR, Orlická 4/2020, Praha 3 a telekonference WEBEX

Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis/Telekonferenčně (T)
VZP ČR	Ing. David Šmehlík, MHA Mgr. Libuše Dřímlová Ing. Miroslav Jankůj, Ph.D. Ing. Jiří Mrázek, MBA (T)	
ZPMV ČR	MUDr. Zdeňka Saleman Kučerová	
ČPZP	MUDr. Renáta Knorová Ing. Milan Bilík Ing. Petr Malý	
ZPŠ	MUDr. Petr Šmach	T
VoZP	Ing. Petr Hrabák	T
RBP	JUDr. Václav Janalík Ing. Roman Genser	T
OZP	MUDr. Jitka Vojtová RNDr. Zdeňka Kopecká	T

Příloha č. 2 k protokolu 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 následné lůžkové péče

Skupina poskytovatelů

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis/Telekonferenčně (T)
Asociace nemocnic ČR	JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA (plná moc k jednání od MUDr. Volejníka) MUDr. Václav Volejník, CSc. (T) JUDr. Josef Svoboda Mgr. Ivana Koudelková (T)	
Asociace českých a moravských nemocnic	Ing. Michal Čarvaš (plná moc k jednání od předsedy MUDr. Sohlička)	
Sdružení soukromých nemocnic ČR	Ing. Vladimír Drvota Ing. Zuzana Hacklová, Ph.D.	
Asociace krajských nemocnic	Mgr. Ing. Michal Kozár, MBA	T
APRIMED		
Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče		

Hosté

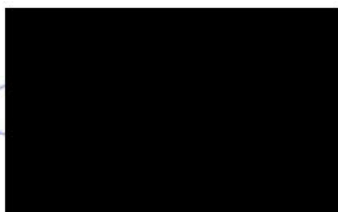
Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis/Telekonferenčně (T)

PLNÁ MOC

Zplnomocňuji tímto Ing. Michala Čarvaše, místopředsedu AČMN, k jednání jménem asociace na Dohodovacím řízení konaném dne 18.06.2021

V Praze 18. června 2021

MUDr. Eduard Sohlich, MBA
předseda AČMN



Z m o c n ě n í

Já, níže podepsaný MUDr. Václav Volejník, CSc., nar. 21.5.1949, bytem Košumberk 75, 538 54 Luže, ustanovený zástupce skupiny poskytovatelů následné lůžkové péče Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2022,

zmocňuji

pana JUDr. Ing. Miloslava Ludvíka, MBA, nar. 5.9.1963, bytem Ordovická 1428/7, Praha 5,

aby mne zastupoval ve všech záležitostech, k nimž je oprávněn zástupce skupiny poskytovatelů následné lůžkové péče Dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2022, zejména aby vykonával veškeré úkony, s tím spojené.

V Košumberku dne

8.6.2021

MUDr. Václav Volejník, CSc.

Zmocnění přijímám:

JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA