

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 následné lůžkové péče

Datum konání: 19. května 2021

Účastníci jednání: dle prezenční listiny (příloha č. 4)

Návrh účastníků jednání jsou přílohou tohoto protokolu:

Příloha č. 1 - Návrh ANČR

Příloha č. 2 - Návrh SZP ČR

Příloha č. 3 - Návrh VZP ČR

Účastníci při jednání **nedošli k dohodě.**

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách roku 2022 ve skupině poskytovatelů následné lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče došlo mezi účastníky jednání k nedohodě o úhradě zdravotní péče.

Žádný z návrhů poskytovatelů následné lůžkové péče ani zdravotních pojišťoven nezískal souhlas všech přítomných zástupců profesních sdružení poskytovatelů následné lůžkové péče a všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven.

Zástupci poskytovatelů prohlašují, že důvodem nedohody jsou chybějící objektivní vstupní parametry pro určení výše nákladů systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2022.

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.

Návrh ANČR na úhradu následné lůžkové péče (příloha č. 1 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	1	PRO:	0
PROTI:	2	PROTI:	7
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.

Návrh SZP ČR na úhradu následné lůžkové péče (příloha č. 2 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	0	PRO:	7
PROTI:	3	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.

Návrh VZP ČR na úhradu následné lůžkové péče (příloha č. 3 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	0	PRO:	4
PROTI:	3	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	3

Návrh nebyl přijat.

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora	Organizace	Podpis
MUDr. Václav Volejník, CSc.	ANČR	MUDr. Václav Volejník, CSc. <small>Digitálně podepsal MUDr. Václav Volejník, CSc. Datum: 2021.05.19 14:32:14 +02'00'</small>

Za zdravotní pojišťovny:

Jméno	Pojišťovna	Podpis
Ing. David Šmehlík, MHA	VZP ČR	David Šmehlík <small>Digitálně podepsal David Šmehlík Dle zák. David Šmehlík - VZP ČR, s.p.a. MUDr. email: DSHDS@MHLK.VZP.CZ. in:cz Datum: 2021.05.19 12:48:50 +02'00'</small>

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	T
Ing. Roman Genser	RBP213	T

Návrh

úhradové vyhlášky 2022 v následné a dlouhodobé péči v lůžkové složce

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetrovacího dne 0005

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

$$PS_{OD,2022} = KN * PS_{OD,2021} + 1,15 * \text{Navýšení } OD_i$$

kde:

$PS_{OD,2021}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2021 dle Vyhl. 428/2020 Sb., 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 ošetrovací den, a bez navýšení úhrady plynoucích z plnění kvalitativních kritérií v roce 2021

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

KN KN je koeficient navýšení stanovený v písmenu c).

c) KN je koeficient navýšení, který se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:

- i. Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,03,
- ii. Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,03,
- iii. Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,05,
- iv. Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,05,
- v. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,05.

Příloha č. 2 k protokolu 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 následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče

Návrh Svazu zdravotních pojišťoven ČR

DŘ na rok 2022

úhrada zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, poskytovatelů vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče

Vstupní předpoklady úhradového mechanismu:

- Referenčním obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2019
- Hodnoceným obdobím se pro účely této vyhlášky rozumí rok 2022.
- 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.
- 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.

Hrazené služby podle § 5 odst. 2

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetrovacího 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 ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného OD včetně režie přiřazené k ošetrovacímu 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 ošetrovacího 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:

$$PS_{OD,2022} = KN * PS_{OD,2019} + (1,15 * \text{Navýšení } OD_{2019}) \text{ kde:}$$

$PS_{OD,2019}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2019, včetně 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 ošetrovací den.

KN KN je koeficient navýšení stanovený v písmenech c).

$\text{Navýšení } OD_{2019}$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů lůžkové péče na ošetrovací den typu i , uvedeném v tabulce:

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

- c) KN se stanoví pro každou kategorii pacienta podle seznamu výkonů zvlášť, a to následovně:
- i. Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,14,
 - ii. Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,14,
 - iii. Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,165,
 - iv. Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,165,
 - v. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,165.
- 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 1,20 do 120. dne hospitalizace a hodnota 1,13 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 1,165.
- e) Stanovení výše paušální sazby OD 00021 a OD 00026 podle písmene d) je podmíněno plněním transformačního plánu restrukturalizace lůžek v rámci reformy psychiatrické péče, 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 4 %.
- 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 1,165. 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 úhrada za OD 00021, 00026 stanoví podle písmene b).
- 2. Úhrada následné intenzivní péče, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, následné ventilační péče a následné komplexní intenzivní léčebně rehabilitační péče**
- a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,17 Kč pro OD 00015, 1,15 Kč pro OD 00017 a 1,11 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 0,95 Kč.

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

- a) Ambulantní zdravotní péče bude hrazena dle seznamu výkonů s hodnotou bodu stejnou 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 1,16 Kč.
- c) V případě, že podíl pojištěnců 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 až 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:

$$\max\{PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1\dots m} PUM_{ho,j}\right) * 1,14 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\}$$

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 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 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 % a hodnoty 1,00 v ostatních případech.

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

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,86 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:

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

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 b) 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 114 % 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.

Návrh VZP ČR následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče pro rok 2022

1. Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetrovacího 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 ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne podle seznamu výkonů (dále jen „OD“) včetně režie přiřazené k ošetrovacímu 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 ošetrovacího 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:

$$PS_{OD,2022} = KN * PS_{OD,2019} + 1,15 * \text{Navýšení}OD_i$$

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 ošetrovací den.

$\text{Navýšení}OD_i$ je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu u poskytovatelů lůžkové péče za ošetrovací 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 1,145,
 - Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,145,
 - Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,18,
 - Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,18,
 - Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,18.
- 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 1,25 do 120. dne hospitalizace a hodnota 1,13 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 2020, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2020. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se hodnota KN stanoví ve výši 1,18.

- 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 4 %.
- 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 1,18. 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 písmena 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 1,14 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:

$$\max\{PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1...m} PUM_{ho,j}\right) * 1,12 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\}$$

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.
- HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,84 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 114 % 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 1,17 Kč pro OD 00015, 1,15 Kč pro OD 00017 a 1,11 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 0,95 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

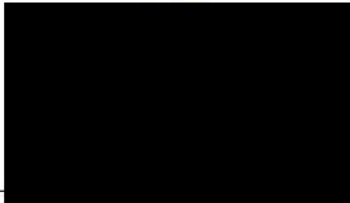
Jednání v rámci přípravné fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2022

Datum: 19. 5. 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 Ing. Jiří Mrázek, MBA Mgr. Libuše Dřímlová Ing. Miroslav Jankůj, Ph.D.	
ZPMV ČR	MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová	T
ČPZP	MUDr. Renáta Knorová Ing. Milan Bilík	T
ZPŠ	MUDr. Petr Šmach	T
VoZP	Ing. Petr Hrabák	T
RBP	Ing. Roman Genser	T
OZP	MUDr. Jitka Vojtová RNDr. Zdeňka Kopecká	T

Příloha č. 4 k protokolu 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 následné lůžkové péče

Skupina poskytovatelů

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis/Telekonferenčně (T)
Asociace nemocnic ČR	MUDr. Václav Volejník, CSc. JUDr. Josef Svoboda Mgr. Ivana Koudelková MUDr. Jiří Tomeček, MBA <i>(zástupce sekce psychiatrických nemocnic a léčeben)</i>	T
Asociace českých a moravských nemocnic	MUDr. Ing. Petr Fiala	T
Sdružení soukromých nemocnic ČR	Ing. Vladimír Drvota Ing. Zuzana Žigová, Ph.D. Mgr. Ing. Pavel Matoušek	T
Asociace krajských nemocnic		
APRIMED		
Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče		

Hosté

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis/Telekonferenčně (T)