

## Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2021 ve skupině poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče

---

Datum konání: 21. května 2020

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

Společný návrh zdravotních pojišťoven na úhradu poskytovatelů ve skupině ambulantní hemodialyzační péče pro rok 2021 je přílohou č. 1 tohoto protokolu.

Účastníci při jednání **došli k dohodě**.

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2021 ve skupině poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče byl předložen iniciální společný návrh VZP ČR a SZP ČR, který byl dále dopracován ve spolupráci se zástupci poskytovatelů.

Společný návrh navazuje na dohody dosažené v rámci DŘ v minulých letech. Oproti roku 2020, byla plošně navýšena hodnota bodu za výkony 18530 a 18550. Stejně jako v roce 2020 je část úhrady navázána na hodnocení kvality výsledků poskytované dialyzační péče z dat Registru dialyzovaných pacientů (RDP) vedeného, který je aktivitou České nefrologické společnosti. Bonifikace za kvalitu má dvě části, a to bonifikaci za kvartální reporting do RDP a bonifikaci za splnění kritérií kvality.

Dohoda je uzavírána za podmínek, že nedojde k dodatečným úpravám v hodnotě ceny práce ve všech skupinách nositelů výkonů ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále „seznam zdravotních výkonů“). V případě, že dojde k úpravě hodnoty ceny nositelů práce v seznamu zdravotních výkonů, budou jednotlivé parametry úhradového mechanismu přepočteny s ohledem na dohodnuté finanční prostředky.

Na základě průběžných společných jednání byl předložen k hlasování jeden společný návrh zdravotních pojišťoven a poskytovatelů. Předložený návrh získal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a souhlas přítomných zástupců příslušných profesních sdružení poskytovatelů.

### **Hlasování o předložených návrzích**


Společný návrh VZP ČR, SZP ČR a ADS ČR na úhradu ve skupině poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče (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
MUDr. Tomáš Jirka	Asociace dialyzačních středisek ČR	

Za zdravotní pojišťovnu:

Jméno	Pojišťovna	Podpis
Ing. David Šmehlík, MHA	VZP ČR	
MUDr. Jitka Vojtová, MBA	OZP	Webex
MUDr. Petr Šmach	ZPŠ	Webex
Lucie Linkeová, BA(HONS)	ČPZP	Webex
Ing. Markéta Benešová	VoZP	Webex
Ing. Mgr. Petr Vyskočil	ZPMV	Webex
JUDr. Václav Janalík, MHA	RBP213	Webex

## Společný návrh VZP ČR, SZP ČR a ADS ČR na úhradu segmentu ambulantní dialyzační péče pro rok 2021

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2021 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2021, poskytovatelem vykázané do 31. března 2022 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2022.

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., a to v souladu s metodikou reportování do RDP.
  - a) V případě, že poskytovatel referoval data o dialyzační léčbě již za rok 2020, zdravotní pojišťovna navýší hodnotu bodu podle bodu 1 o 0,02 Kč od 1. ledna 2021.
  - b) Pokud poskytovatel za období před 1. lednem 2021 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 2021. 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 2021 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 2021 a splnění podmínek uvedených v písmenu b) nejpozději do 31. ledna 2022.
3. Zdravotní pojišťovna nejpozději do 28. února 2022 z dat reportovaných do Registru dialyzovaných pacientů vyhodnotí ve spolupráci s Českou nefrologickou společností, 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:

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

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:

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

- $\Sigma P_{SPL}$  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,
- $\Sigma P_{ALL}$  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 vykázan 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 vykážalo 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 vykážalo 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 vykážat 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 2021 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 104 % 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 2021 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 nepřevyší 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 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2021 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 nepřevyší

předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2021 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 2021 kvartálně, a to vždy po ukončení daného kvartálu. Data za poslední kvartál roku 2021 referuje poskytovatel nejpozději do 31. ledna 2022.
- 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 hemoelimačních metod nebo peritoneální dialýzy podle seznamu výkonů, a to alespoň do 90 dní od prvního dne jejich vykazání.
- 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 zdravotní pojišťovně dohodnutým způsobem nejednou nejpozději do 31.1.2022 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 plnicích 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 2021

Datum: 21. 5. 2020

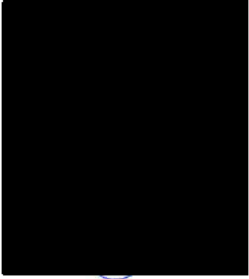
Skupina: Poskytovatelé ambulantní hemodialyzační péče

Místo: VZP ČR, Orlická 4/2020, Praha 3

#### Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis
VZP ČR	Ing. Jiří Mrázek Ing. Miroslav Jankůj Mgr. Libuše Dřimalová Ing. David Šmehlík	
ZPMV ČR	Ing. Mgr. Petr Vyskočil	Webex
ČPZP	Lucie Linkeová	Webex
ZPŠ	MUDr. Petr Šmach	Webex
VoZP	Ing. Markéta Benešová	Webex
RBP	JUDr. Václav Janalík	Webex
OZP	MUDr. Jitka Vojtová RNDr. Zdeňka Kopecká	Webex

**Skupina poskytovatelů**

Organizace	Jméno a příjmení účastníků	Podpis
Asociace dialyzačních středisek ČR	MUDr. Tomáš Jirka MUDr. Vladimír Vojanec (Webex)	

**Hosté**

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis