

## Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2019 ve skupině poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče

Datum konání: 23. května 2018

Účastníci jednání: dle prezenční listiny

Společný návrh zdravotních pojišťoven a ADS ČR na úhradu poskytovatelů ve skupině ambulantní hemodialyzační péče pro rok 2019 je přílohou č. 1 tohoto protokolu.

Účastníci při jednání **došli k dohodě**.

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách na rok 2019 ve skupině poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče byl předložen společný návrh VZP ČR a SZP ČR, který byl se zástupci poskytovatelů konzultován v rámci průběžných jednání. K průběžným jednáním byla přizvána i Česká nefrologická společnost, o.s., se kterou se strany dohodly na tom, že hodnocení kvality poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče bude založeno na reportování a vyhodnocení dat z Registru dialyzovaných pacientů, který je aktivitou České nefrologické společnosti. Výstupem jednání je společný návrh VZP ČR, SZP ČR a ADS ČR.

Předložený návrh získal souhlas všech přítomných zástupců zdravotních pojišťoven a souhlas přítomného zástupce profesního 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
Ing. Aleš Zacharda – na základě plné moci	ADS ČR	

Za zdravotní pojišťovnu:

Jméno	Pojišťovna	Podpis
Ing. Jiří Mrázek, MBA	VZP ČR	
MUDr. Ludmila Plšková	OZP	
Ing. Helena Frostová	ZPŠ	
MUDr. Renata Knorová, MBA	ČPZP	
Ing. Petr Hrabák, MHA	VoZP	
Ing., Mgr. Petr Vyskočil	ZPMV	
MUDr. Jiří Havrlant	RBP	



## **Společný návrh VZP ČR, SZP ČR a ADS ČR na způsob úhrady v segmentu poskytovatelů hemodialyzační péče v roce 2019**

---

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2019.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2017.

### **A) Hodnota bodu a výše úhrad**

1. Pro poskytovatele poskytující hemodialyzační péči se základní hodnota bodu pro hemodialyzační péči stanoví ve výši 0,92 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví základní hodnota bodu ve výši 0,77 Kč.
2. Základní hodnota bodu dle odst. 1 se dále navýší o 0,01 Kč v případě, že poskytovatel referuje výsledky jím poskytované hemodialyzační léčby do Registru dialyzovaných pacientů (RDP), který je aktivitou České nefrologické společnosti, o. s. (ČNS), alespoň jedenkrát ročně k 31. 12. Metodika reportování se bude řídit metodikou reportování do RDP.
  - a) V případě, že ČNS do 31. 1. 2019 doloží zdravotní pojišťovně, že poskytovatel referoval výsledky o jím poskytované hemodialyzační péči do RDP již k 31. 12. 2018, zdravotní pojišťovna navýší základní hodnotu bodu podle věty první tohoto odstavce od 1. 1. 2019.
  - b) V případě, že poskytovatel v období před 1. 1. 2019 do RDP nereferoval, bude mu základní hodnota bodu podle věty první tohoto odstavce navýšena, pokud tuto skutečnost doloží ČNS zdravotní pojišťovně prostřednictvím seznamu referujících poskytovatelů nejpozději do 28. 2. 2020. Vypočtená částka navýšení úhrady bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
3. Základní hodnota bodu se navýší o další 0,02 Kč v případě, že poskytovatel v hodnoceném období referoval do RDP a splní stanovená, předem dohodnutá, kvalitativní kritéria léčby, která budou vypočtena dle údajů odeslaných poskytovatelem do RDP. Výsledky vyhodnocení kvalitativních kritérií pro jednotlivé poskytovatele předá ČNS zdravotní pojišťovně nejpozději do 28. 2. 2020. Vypočtená částka navýšení úhrady bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.
4. V případě, že systém hodnocení dohodnutých kvalitativních kritérií léčby nebude po celé sledované období (1.1.2019-31.12.2019) plně funkční nebo nedojde k dohodě o kvalitativních kritériích léčby, bude vypočtená částka navýšení úhrady realizována navýšením základní hodnoty bodu ve výši 0,95 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550 podle seznamu výkonů, pro které se stanoví základní hodnota bodu ve výši 0,80 Kč. Podkladem pro tento způsob navýšení úhrad je plnění kvalitativních kritérií odvozených od Metodiky hodnocení RDP.

### **B) Regulační omezení**

1. Regulační omezení uvedená v bodech 2 až 4 zdravotní pojišťovna uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2019 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
  - (i) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
  - (ii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
  - (iii) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
2. Pokud poskytovatel hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v bodě 1 dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál 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 vykázan pouze výkon č. 09513.



3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % 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 podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.
4. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 102 % 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. 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. 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 2019 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 celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší u příslušné zdravotní pojišťovny 100 % úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
7. Regulační omezení podle bodu 3 se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
8. Regulační omezení podle bodu 4 se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2019 vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné 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 úměrně 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 zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, použije zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 2 až 4 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
12. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 2 až 4. 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 kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

13. Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku podle bodů 2 až 4 maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté touto zdravotní pojišťovnou poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
14. Pokud poskytovatel poskytuje hrazené služby ve více odbornostech, regulační omezení podle bodů 2 až 4 zdravotní pojišťovna vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.



# Prezenční listina


Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2019

Středa 23.5.2018, OZP, Roškotova 1225/1, Praha 4

## Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis
VZP ČR	Zborný Lukáš Jiří MRAZEK	
ZPMV ČR	Petr Viskočil	
ČPZP	RENATA KNOROVÁ, LUCIE LINKOVÁ	
ZPŠ	HELENA FROSTOVÁ	
VoZP	Petr Hroch	
RBP	Jiří HAVRILANT	
OZP	LUDMILA PLYKOVÁ Zdenka Kopecká	

**Skupina poskytovatelů ambulantní hemodialyzační péče**

Organizace	Jméno a příjmení účastníka	Podpis
Asociace dialyzačních středisek ČR	VLADIMÍR VOJANEC ALEŠ ZACHARDA	

ředitelka MZČR:

Hana Kovářová  
Pavčina Žilová