

Zápis z jednání o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2023 ve skupině poskytovatelů následné lůžkové péče

Datum konání: 1. června 2022

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

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o cenách roku 2023 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. Původně předložené návrhy, a to návrh AČMN a Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, ANČR a SSN byly v průběhu jednání staženy v zájmu dosažení prostoru pro dohodu v další fázi DŘ, a to do 15. 6. 2022.

Pro hlasování byl předložen jeden společný návrh zdravotních pojišťoven, ke kterému se v rámci jednání přidali zástupci ANČR, SSN a AKN. Zástupce AČMN neměl mandát přidat se ke společnému návrhu, protože AČMN trvá na 6% meziročním růstu. O návrhu, který je přílohou tohoto zápisu bylo hlasováno, nezískal souhlas všech asociací představitelů lůžkové péče, účastníci nedošli k dohodě.

Hlasování o předloženém návrhu

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

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, ANČR, SSN a AKN (příloha č. 1 tohoto zápisu)

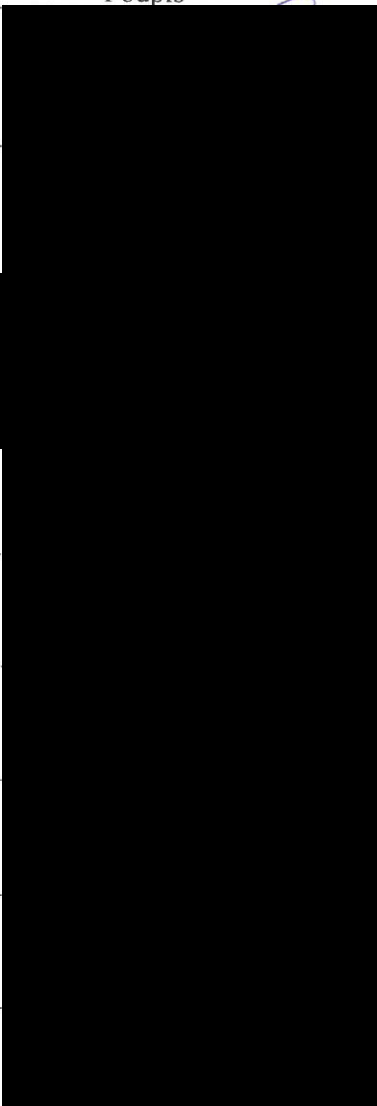
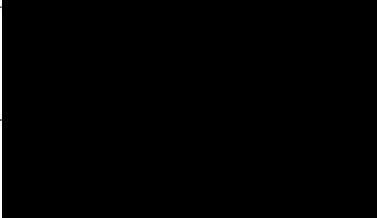
Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	3	PRO:	7
PROTI:	1	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

Návrh **nebyl přijat**.

Účastníci při jednání dne 1. 6. 2022 **nedošli k dohodě**.

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzuji svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora	Organizace	Podpis
MUDr. Václav Volejník.	ANČR	
Za zdravotní pojišťovny:		
Jméno	Pojišťovna	
PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M.	VZP	
MUDr. Jitka Vojtová	OZP	
MUDr. Petr Šmach	ZPŠ	
MUDr. Renata Knorová, MBA	ČPZP	
Ing. Petr Hrabák	VoZP	
Ing. Petr Vyskočil	ZPMV	
Ing. Dalibor Křen	RBP	

***Příloha č. 1** k zápisu dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2023 ve skupině poskytovatelů následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče*

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, ANČR, SSN a AKN

DŘ na rok 2023

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

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 00031, 00032, 00098 a 00099, se stanoví ve výši:

$$PS_{OD,2023} = (KN * PS_{OD,2022})$$

kde:

$PS_{OD,2022}$ je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2022, stanovená v roce 2022 dle bodů b), c) a f), bez navýšení dle bodů d) a e) přílohy č. 1, části B, odstavce 1. vyhlášky 396/2021 Sb. pro rok 2022.

KN KN je koeficient navýšení stanovený v písmeni c).

- 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 1,04,
 - ii. Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,04,
 - iii. Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,04,
 - iv. Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,04,
 - v. Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,04.
- d) KN definovaný v písmenu c) se dále navýší o 0,003 pro daný typ OD za každé kritérium, které poskytovatel v hodnoceném období splňuje. Zdravotní pojišťovna vyhodnotí plnění kvalitativního kritéria po skončení hodnoceného období. Jedná se o následující kritéria vázaná na daný typ OD:
 - 1. Sestra specialistka na hojení ran – kritérium je úvazek: průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005 (ošetrovatelská lůžka), 00022 (rehabilitační lůžka), 00023 (plicní lůžka), 00024 (lůžka LDN) a 00030 (hospicová lůžka),
 - 2. Nutriční terapeut – kritérium je úvazek: průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027 (dětská rehabilitační lůžka), 00028 (dětská plicní lůžka) a 00030,
 - 3. Ergoterapeut – kritérium je úvazek: průměrně alespoň 1,0 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005 a 00024,
 - 4. Logoped – kritérium je úvazek: průměrně alespoň 1,0 úvazku na 120 lůžek pro OD 00024,
 - 5. Psycholog ve zdravotnictví – kritérium je úvazek: průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00030,
 - 6. Průměrný počet lůžek na pokoji – kritérium je průměr: nejvýše 2,5 lůžek na pokoj pro OD 00005, 00022, 00023, 00024,

7. Elektricky polohovatelná lůžka – kritérium je podíl: alespoň 75% elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole pro OD 00005, 00022, 00023 a 00024.

- e) U poskytovatele, který provedl restrukturalizaci lůžek v rámci reformy psychiatrické péče podle plánu restrukturalizace, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví, se KN definovaný v písmenu c) pro OD 00021 a 00026 pro kategorie pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů navýší o hodnotu 0,03 do 120. dne hospitalizace. Počet dní bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2023, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2023.
- 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 2022, 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 1,04. 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 stanoví podle písmene b), c).

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

- a) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne jednotně 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 a výkony agregované do ošetrovacího dne podle seznamu výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období se stanoví:

OD	Pro kategorii pacienta 1 (resp. 0)	Pro kategorii pacienta 2	Pro kategorii pacienta 3	Pro kategorii pacienta 4	Pro kategorii pacienta 5
00015	9 551,00				
00017	14 224,00				
00020	3 750,00				
00033	5 296,00				
00035	4 031,00				

- c) Výkony, kterými se vykazují příjmové a propouštěcí vyšetření budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,34 Kč pro odbornost 7D8 a 1,33 Kč pro odbornost 7U8.
- d) 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.

- e) 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.
- f) 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.

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 1,23 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:

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

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 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 0,91 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 vypočtená dle vyhlášky č. 428/2020 Sb. pro rok 2021.

$PUM_{ref,i}$ 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 113 % 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.

Prezenční listina - uávozue
vednáüí Následná pēē

1.6.2022

Jan Bochnāv	(VZP)
Edenka KOPECKA	(OZP)
JITKA KOVTOVA	(OZP)
Rankin Baleda	(SPDL)
Zuzana HACHOVÁ	(SSN OZ)
VÁCLAV VOLEJNÍK	ANČR
MICHAEL BRANUŠ	(AKN)
JIRÍ MRAŽEK	VZP
LIBUŠE DŘÍMALOVÁ	VXP ČR
Renata KNOROVÁ	ČBP

WEBEX:

Z. HACHOVÁ	SSN
dr. Bohounek	AKN
ing. ČIMAŘ	ANČR
dr. Smach	ZPŠkoda
ing. Vyskočil	ZPMVER