

## Dodatek č. 29 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 5E65X001 ze dne 19. 11. 2015 (dále jen „Smlouva“)  
(poskytovatel dialyzační péče)

uzavřené mezi smluvními stranami:

<b>Poskytovatel zdravotních služeb:</b>	<b>Fresenius Medical Care - DS, s.r.o.</b>
<b>Sídlo (obec):</b>	Praha Vokovice
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	Evropská 423/178, PSČ 16000
<b>Zápis v obchodním rejstříku:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Městský soud Praha, oddíl C, vložka 13738, den 19.10.1992</li></ul>	
<b>Zastoupený (jméno, funkce):</b>	Ing. David Prokeš, jednatel [REDACTED]
<b>IČ:</b>	45790949
<b>IČZ:</b>	65385000

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

<b>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky</b>	
<b>Sídlo:</b>	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
<b>IČ:</b>	41197518
<b>Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj</b>	
<b>Zastoupená (jméno a funkce):</b>	[REDACTED]
<b>Doručovací adresa (obec):</b>	Pardubice
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	Karla IV. 73, 530 02

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

### Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2023 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrady za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023 (dále jen „vyhláška“) s výjimkami dohodnutými v souladu s § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), uvedenými v článku II. odst. 2, odst. 3 a odst. 6 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že ujednání uvedená v článku II. odst. 2, odst. 3 a odst. 6 tohoto Dodatku upravují způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška. Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

3. Případné odchylky v textu ujednání článku II. odst. 5 tohoto Dodatku od textu vyhlášky považují smluvní strany za podrobnější úpravu způsobu a výše úhrady stanovené vyhláškou, nikoliv za odchýlná ujednání ve smyslu § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

## Článek II.

1. Hrazené služby poskytované pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2023 (dále jen „hodnocené období“) poskytovatelem dialyzační péče budou vykazovány a hrazeny podle vyhlášky MZ ČR č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, a to ve výši **1,17 Kč** za bod, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 18530 a 18550, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši **0,92 Kč**.
2. Hodnota bodu podle odst. 1 tohoto článku se **navýší o 0,02 Kč** za podmínek uvedených níže v případě, že Poskytovatel poskytuje informace o výsledcích jím poskytované dialyzační péče v hodnoceném období do Registru dialyzovaných pacientů (dále jen „RDP“) České nefrologické společnosti (dále také jen „ČNS“) v souladu s metodikou sběru a hodnocení dat RDP, a to kvartálně, tj. čtyřikrát za hodnocené období.
  - a) V případě, že ČNS do 31. ledna 2023 doloží Pojišťovně, že Poskytovatel poskytoval informace o výsledcích jím poskytované dialyzační péče do RDP již za rok 2022, bude Pojišťovna při splnění podmínek uvedených v předchozí větě hradit navýšenou hodnotu bodu od 1. ledna 2023. V případě, že Poskytovatel v hodnoceném období přestane do RDP poskytovat informace o výsledcích jím poskytované dialyzační péče, nejsou splněny podmínky navýšení hodnoty bodu dle první věty tohoto odstavce a hodnota bodu bude poskytovateli zpětně snížena.
  - b) V případě, že Poskytovatel informace o výsledcích jím poskytované dialyzační péče za rok 2022 do RDP před 1. lednem 2023 neposkytoval, bude mu částka odpovídající navýšení hodnoty bodu dle první věty tohoto odstavce uhrazena, pokud ČNS doloží Pojišťovně nejpozději do 31. ledna 2024, že Poskytovatel poskytoval data o výsledcích jím poskytované dialyzační péče kvartálně za hodnocené období. Pojišťovna uhradí Poskytovateli částku odpovídající navýšení hodnoty bodu dle první věty tohoto odstavce ve lhůtě 150 dnů po skončení hodnoceného období.
3. V případě, že Poskytovatel poskytl informace o výsledcích jím poskytované dialyzační péče za hodnocené období do RDP kvartálně, v souladu s odst. 2 tohoto článku, Pojišťovna ve spolupráci s ČNS provede nejpozději do 31. března 2024 vyhodnocení dohodnutých kritérií uvedených v příloze č. 1 tohoto Dodatku (dále jen „kvalitativní kritéria“) za jednotlivá pracoviště poskytovatele (IČP), přičemž hodnota bodu podle odst. 1 se dále Poskytovateli navýší takto:

$$\text{Navýšení HB} = 0,05 \text{ Kč} * I_p$$

Kde:

- Navýšení HB – výsledné navýšení hodnoty bodu u Poskytovatele, které může dosáhnout maximální hodnoty ve výši 0,05 Kč.
- $I_p$  – index produkce, který může nabývat hodnoty od 0 do 1 a který se vypočte jako

$$I_p = \frac{\sum P_{SPL}}{\sum P_{ALL}}$$

- $\sum P_{SPL}$  – součet produkce bodů za výkony 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523, 18530, 18550 dle SZV za všechna pracoviště (IČP) Poskytovatele, u kterých došlo ke splnění kvalitativních kritérií, v hodnoceném období.
  - $\sum P_{ALL}$  – součet produkce bodů za výkony 18511, 18513, 18515, 18521, 18522, 18523, 18530, 18550 dle SZV za všechna pracoviště (IČP) Poskytovatele v hodnoceném období.
4. Navýšení úhrady vypočtené dle odst. 3 Pojišťovna uhradí Poskytovateli do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
  5. Hrazené zdravotní služby poskytované pojištěncům Pojišťovny Poskytovatelem v souvislosti s vyšetřováním včasného zařazování pojištěnců Pojišťovny na čekací listinu k transplantaci ledviny budou Poskytovatelem vykazovány níže uvedenými výkony dle metodiky, která je přílohou č. 2 tohoto Dodatku, a Pojišťovnou hrazeny v této výši:
    - 76661 – (VZP) Oznámení začátku vyšetřování pacienta k vhodnosti k transplantaci ledviny u pacienta již zařazeného do dialyzačního programu s úhradou 3 000 Kč,
    - 76662 – (VZP) Oznámení začátku vyšetřování pacienta k vhodnosti k transplantaci ledviny u pacienta v predialyzačním stádiu s úhradou 4 500 Kč,
    - 76663 – (VZP) Oznámení ukončení vyšetřování pacienta k vhodnosti k transplantaci ledviny u pacienta již zařazeného do dialyzačního programu s úhradou 7 000 Kč,
    - 76664 – (VZP) Oznámení ukončení vyšetřování pacienta k vhodnosti k transplantaci ledviny u pacienta v predialyzačním stádiu s úhradou 10 500 Kč,

76667 – (VZP) Vyšetření žijícího dárce ledviny s úhradou 20 000 Kč.

6. Smluvní strany se dohodly, že regulační omezení uvedená v Příloze č. 8 vyhlášky, části C) bod 4 věta čtvrtá se upraví tak, že do vyžádané péče se dále nezahrnou náklady na pojištěnce Pojišťovny, na které byly Poskytovatelem vykázány výkony 76661, 76662, 76663, 76664 nebo 76667. V ostatních parametrech zůstává princip výpočtu regulačních omezení uvedený v Příloze č. 8 vyhlášky, části C) bod 4 zachován.

### **Článek III.**

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Smluvní strany se dohodly, že pro potřeby úhrady služeb hrazených dle tohoto Dodatku se za fakturaci podle Článku IV. odst. 4 Smlouvy a kapitoly III. Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR (dále jen „Metodika“) považuje i předávání dávek dokladů dle Metodiky a Smlouvy.
2. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.
3. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2023 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty.

### **Článek IV.**

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou, doloženou dárkami dokladů.
2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

### **Článek V.**

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Nedílnou součástí tohoto Dodatku jsou Metodika vyhodnocení kvalitativních kritérií dialyzační péče uvedená v příloze č. 1 tohoto Dodatku a Metodika k bonifikaci za včasné vyšetřování a zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny uvedená v příloze č. 2 tohoto Dodatku.
3. Tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2023.
4. Tento dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
5. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

## Metodika vyhodnocení kvalitativních kritérií dialyzační léčby

### Článek I.

#### Účel metodiky

Metodika vyhodnocení kvalitativních kritérií dialyzační léčby (dále jen „Metodika“) slouží k vyhodnocení parametrů kvality dialyzační péče na základě dat, která jsou reportována do Registru dialyzovaných pacientů (dále jen „RDP“) Poskytovatelem dialyzační péče (dále jen „Poskytovatel“) za jednotlivá jeho pracoviště (dialyzační střediska).

### Článek II.

#### Kvalitativní kritéria poskytované dialyzační péče

##### A) Parametry předávaných údajů

- Poskytovatel poskytuje informace (dále jen „referuje“) o výsledcích jím poskytované dialyzační péče za jednotlivá pracoviště (dialyzační střediska) do RDP v průběhu hodnoceného období kvartálně, a to vždy po ukončení daného kvartálu v souladu s metodikou sběru a hodnocení dat do RDP. Data za poslední kvartál hodnoceného období referuje Poskytovatel nejpozději do 31. ledna 2024.
- Poskytovatel referuje do RDP minimálně 90 % pacientů daného pracoviště, kteří v daném roce splnili podmínky pravidelného dialyzačního léčení. Za pacienta v pravidelném dialyzačním léčení se považuje pacient, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony dialyzačních nebo hemoelimačních metod podle seznamu zdravotních výkonů, a to souvisle alespoň 90 dní od prvního dne vykazání výkonu dialyzační či hemoelimační léčby. Za pacienta v pravidelném léčení metodou peritoneální dialýzy se považuje pacient, u kterého jsou pravidelně prováděny výkony peritoneální dialýzy podle seznamu zdravotních výkonů, a to alespoň 90 dní souvislé léčby od prvního dne vykazání výkonu peritoneální dialýzy.
- Poskytovatel zajistí od svých pacientů souhlas pacienta se zpracováním a poskytnutím osobních údajů, kterým pacient umožní zpracovat Pojišťovně a České nefrologické společnosti (dále jen „ČNS“) údaje nezbytné pro vyhodnocení kvality a efektivity dialyzační léčby (dále jen „souhlas se zpracováním a poskytnutím osobních údajů“), případně informuje Pojišťovnu a ČNS o neudělení takového souhlasu. Kopie souhlasů se zpracováním a poskytnutím osobních údajů za každého pacienta zašle Poskytovatel do RDP dohodnutým způsobem po skončení hodnoceného období najednou nejpozději do 31. ledna 2024.
- Poskytovatel referuje do RDP informace a data o průběhu dialyzační léčby dle metodiky sběru a hodnocení dat RDP.

##### B) Parametry kvality léčby v pravidelném dialyzačním léčení

- Dohodnuté parametry kvality:

Parametr kvality dialyzační léčby	Minimální procento referovaných pacientů pracoviště Poskytovatele plnících daný parametr kvality
Hodnota Hb > 100 g/l	70 %
Hodnota P < 1,8 mmol/l	50 %
Hodnota KtV > 1,2	70 %
Počet transplantovaných pacientů a pacientů zařazených do čekací listiny	7 %

2. Do vyhodnocení kvalitativních kritérií jsou zahrnuti i pacienti, jimž byly poskytnuty pouze služby vykázané výkony peritoneální dialýzy, přičemž u těchto pojištěnců není hodnocen parametr „Hodnota KtV“.
3. Pro výpočet pacientů zařazených do čekací listiny bude použita metodika výpočtu adjustovaná na čekací dobu.