

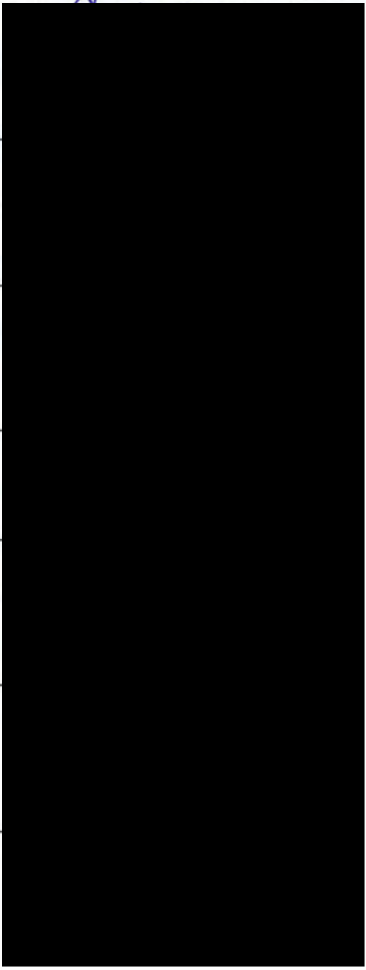
Prezenční listina

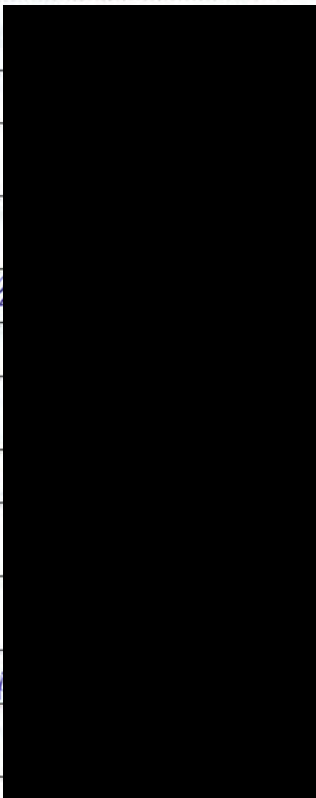
Jednání Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2024

Skupina poskytovatelů domácí zdravotní péče

Přípravná fáze dohodovacího řízení - jednání dne: 31.8. 2023

Místo konání: Ústředí VZP ČR, Orlická, Praha

Zdravotní pojišťovny	Jméno	Podpis
VZP ČR - Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	JANUŠ M. DRTMANOVÁ MRAZEK	
ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	KNOROVÁ LINKOVÁ	
OZP - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	KOPECKÁ	
RBP, zdravotní pojišťovna	KŘEN	
VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	HROBÁK	
ZPŠ - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ŠNOCH	
ZPMV ČR - Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	JALEMAN KUČEROVÁ	

Poskytovatelé zdravotních služeb	Jméno	Podpis
Asociace denních stacionářů a krizových center s psychoterapeutickou péčí z.s.		
Asociace domácí péče České republiky, z.s.	KONDELIKOVÁ	
Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče		
APRIMED zájmové sdružení nestátních zdravotnických zařízení		
Česká asociace sester, z.s.	Mgr. GEISLER	
Fórum mobilních hospiců, z. s.	Monika Harková	
Grémium managerů agentur domácí péče, z.s.	MICHAL HAUSOR Jakub Weber	
Charita Česká republika	Ludmila Kucéřová	
Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek		
Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení		
Unie porodních asistentek	KÖNIGSMATZKOVÁ	
Spolek majitelů a poskytovatelů domácí péče, z.s.	PEŠKOVÁ	

Protokol

Z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2024 ve skupině poskytovatelů domácích zdravotních služeb

Datum konání: 31. května 2023

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

Návrh účastníků jednání jsou přílohou tohoto protokolu:

Příloha č. 1 návrh VZP ČR

Příloha č. 2 návrh SZP ČR

Příloha č. 3 návrh poskytovatelů

Účastníci při jednání **nedošli k dohodě**.

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o úhradách na rok 2024 ve skupině poskytovatelů domácích zdravotních služeb **došlo k nedohodě**.

Hlasování o předložených návrzích

Návrh VZP ČR (příloha č. 1 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	0	PRO:	1
PROTI:	7	PROTI:	6
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.

Hlasování o předložených návrzích

Návrh SZP ČR (příloha č. 2 tohoto protokolu)

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

Návrh nebyl přijat.

Hlasování o předložených návrzích

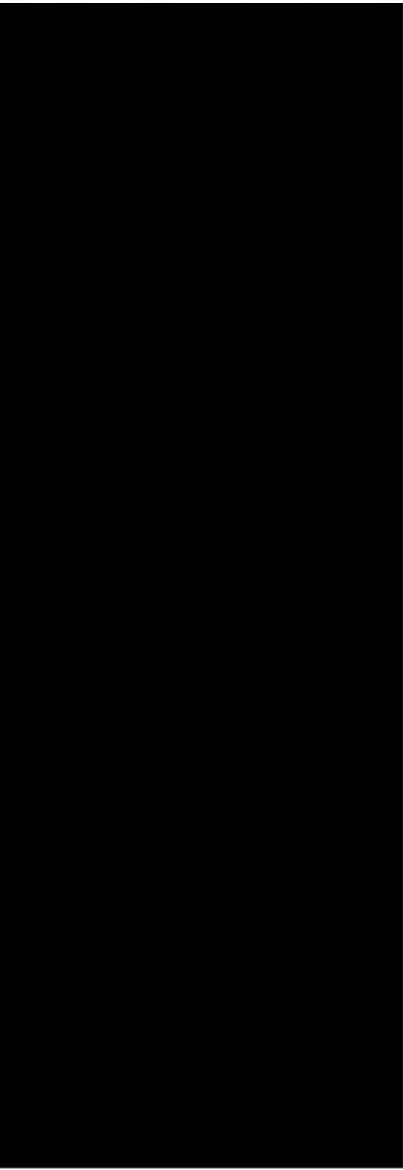
Návrh poskytovatelů (příloha č. 3 tohoto protokolu)

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

Návrh nebyl přijat.

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzuji svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora	Organizace	Podpis
Bc. Ludmila Kučerová	Charita ČR	

Za zdravotní pojišťovny:

Jméno	Pojišťovna
Ing. Jiří Mrázek	VZP ČR
RNDr. Zdenka Kopecká	OZP
MUDr. Petr Šmach	ZPŠ
MUDr. Renata Knorová	ČPZP
Ing. Petr Hrabák	VoZP
MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová	ZPMV ČR
Ing. Dalibor Křen	RBP213

Návrh VZP pro úhradu odb. 914, 916, 921, 925, 926 v roce 2024

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2024 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2024, poskytovatelem vykázané do 31. března 2025 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2025.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2022 – do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2022, poskytovatelem vykázané do 31. března 2023 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2023.

A) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 914, 916, 921, 925

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,18 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby dle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
 - a) 1,06 Kč pro odbornost 925,
 - b) 1,06 Kč pro odbornost 914,
 - c) 0,96 Kč pro odbornosti 916 a 921.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 - C97, G09 - G99, F00 - F99, I60 - I69, E10.3 - E10.7, E11.3 - E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,08 + KN) * POPzpOZ * PUROo + \max [(1,08 + KN) * PUROo * POPzpMh; (UHRMh - UHRMr)]$$

kde:

POPzpOZ	je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a také se do něj nezahrne pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů
PUROo	je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále jen ZU), na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období. Do výpočtu PUROo nebudou vstupovat pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázán výkon 06349 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištěnce.
POPzpMh	je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného

- v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.
- UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do UHRMh nebude zařazena úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.
- UHRMr** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do UHRMr nebude zařazena úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.
- KN** je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:
- a) 0,03 - v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázáním výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 25 %,
 - b) 0,03 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázáním výkonem č. 06324, 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 35 %
 - c) 0,15 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 - C97, G09 – G99, F00 – F99, I60 – I69, E10.3 – E10.7, E11.3 – E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %.
5. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady dle bodu 4. nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištěnce budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodě 1 a 2 nebo v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 hodnotou bodu uvedenou v bodě 3. Úhrada za pojištěnce, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, nebude součástí referenčních hodnot, vstupujících do výpočtu úhrady v hodnoceném úhradovém období.
 6. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných odb. 914 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady dle bodu 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby odb. 914 podle seznamu výkonů budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu, která je uvedena v bodě 1 a 2.
 7. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši

referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

8. Výpočet celkové výše úhrady dle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně pojištěnců.
9. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady dle bodu 3, 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě 1,18 Kč, a dále zdravotní výkony u odbornosti 925 ve výši 1,13 Kč a pro ostatní odbornosti dle bodu 2.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu dle bodů 1 a 2.
11. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

B) Úhrada poskytovatelů v odbornosti 926

1. Domácí specializovanou paliativní péči lze vykazovat výhradně na pojištěnce v terminálním stavu, a to v souladu s odbornými postupy stanovenými metodikou.
2. Poskytovatel odb. 926 podle seznamu výkonů zajistí pojištěnci veškeré potřebné hrazené zdravotní služby po dobu 24 hodin, 7 dní v týdnu.
3. Hrazené zdravotní služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů poskytnuté dospělým a dětským pojištěncům v průběhu 1 dne (24 hodin) jsou vykazovány agregovanými výkony č. 80090 nebo č. 80091 podle seznamu výkonů.
4. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši 1,14 Kč, přičemž celková výše úhrady nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\min \{(\text{POPičz,dosp} * 30 * \text{PB}_{80091} * \text{HB}) + (\text{POPičz,dět} * 180 * \text{PB}_{80091} * \text{HB}); \text{Bodyh} * \text{HB}\}$$

kde:

POPičz,dosp je počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období

POPičz,dět je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

HB hodnota bodu odb. 926 podle seznamu výkonů = 1,14 Kč

Bodyh je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období

PB₈₀₀₉₁ je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období

5. Hrazené zdravotní služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených zdravotních služeb odbornosti 926 a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených zdravotních služeb s výjimkou poskytovatelů lůžkové hospicové péče, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 v hodnoceném období.

6. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb, včetně hrazených služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:
 - a) pokud počet pojištěnců, na které byl vykázán některý z kódů 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené zdravotní služby, mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebudou tyto jiné hrazené zdravotní služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
 - b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené zdravotní služby:
 - i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
 - ii. poskytnutá stomatologická péče,
 - iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
 - iv. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
 - v. další zdravotní výkony provedené na zemřelém pacientovi.
7. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady dle bodu 4, 5 a 6 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 1,14 Kč.
8. Měsíční předběžné úhrady (dále jen MPÚ): poskytovatel má právo na úhradu MPÚ ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu ve výši 1,14 Kč.
9. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

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 2024 ve skupině poskytovatelů v odbornostech 914, 916, 921, 925 a 926.

Návrh Svazu zdravotních pojišťoven ČR

DŘ na rok 2024

úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 914, 916, 921, 925 a 926

Preambule cenového návrhu SZP ČR – jednotná pro všechny segmenty DŘ 2024

Návrhy SZP ČR pro dohodovací řízení k cenám bodu a výši úhrad pro rok 2024 vychází z předpokladu, že nedojde k mimořádným výdajům z důvodu využití tzv. kompenzačního zákona č. 104/2023 Sb. a vydání tzv. kompenzační vyhlášky pro rok 2022 a že nedojde k žádné novelizaci současného valorizačního mechanismu platby za státní pojištěnce pro rok 2024 nebo ke zvýšení výdajů v důsledku změny DPH.

Pokud by výše uvedené předpoklady nastaly je nutné cenové návrhy adekvátně ponížít.

Výše navrhovaného meziročního navýšení byla konstruovaná s přihlédnutím k:

- Definované predikci nárůstu příjmů cestou Analytické komise ve výši 6,97 %
- Reálně disponibilního nárůstu zdrojů zdravotních pojišťoven, pro rok 2024 o 4,1 %
Toto navýšení vychází z analytickou komisí předpokládaného navýšení příjmů zdravotních pojišťoven ve výši 32 mld. Kč. Plánovaný deficit hospodaření ZFZP pro rok 2023 je ve výši 16,5 mld. Kč. Celkové disponibilní zdroje pro zvýšení výdajů jsou pro rok 2024 ve výši 477 mld. Kč,

Odečtení nutných mandatorních výdajů, které budou mít vliv na čerpání zdrojů v roce 2024 ve výši 1,9 %.

Předpokládané mandatorní výdaje 2024	Částka v mil. Kč za systém v.z.p.
Centrová péče + léky na §16	5 000
Nové kapacity(nových a aktualizovaných výkonů) a přístroje, nové technologie vč. úprav SZV platných od 1.1.2024	1 200
Náklady na recepty a PZT (nárůst 4 %)	3 100
Mandatorní výdaje CELKEM	9 300

- Ve výpočtu cenového navýšení pro konkrétní segment bylo přihlíženo i k průběžnému růstu produkce v daném segmentu (data AK) a změně úhrady u existujících výkonů. Obecně je tak v segmentech kalkulováno meziroční navýšení cca 2,2 % a celková úroveň růstu nákladů proti roku 2023 o 4,1 %. Současně je u LP zohledněn dopad zvýšené sazby DPH cca 1,5 mld. Kč celkem.

Předkládaný návrh je snahou ZP sdružených v SZP využít veškeré dostupné růsty zdrojů, ale zastavit již pro rok 2024 další deficitní financování nákladů a stabilizovat tak finanční bilanci systému. Pro korektní hodnocení disponibilních zůstatků fondů je třeba vzít i v úvahu skutečnost, že z 25,5 mld. Kč na ZFZP k 31.12.2022 tvoří 22,8 mld. Kč auditovaná výše závazků za rok 2022 která bude uhrazena v průběhu roku 2023. Eliminovat deficit pro rok 2024 je tak i z tohoto pohledu zcela nezbytné.

Současně upozorňujeme na to, že i takto vypočtené procento navýšení nepokrývá dostatečně reálný odhadovaný meziroční nárůst produkce (počty výkonů, nárůst UOP), který nebude plně eliminován reálnými regulacemi. Při nízké účinnosti regulací by bylo nutné dále snížit hodnoty bodu případně jiné koeficienty v úhradách.

SZP ČR deklaruje, že v případě příznivého vývoje české ekonomiky a nárůstu celkového objemu disponibilních zdrojů části plátců sdružených v SZP ČR jsou členské ZP připravené dále rovnoměrně alokovat disponibilní zdroje k zajištění péče o naše klienty až na úroveň vyrovnaného hospodaření za rok 2024.

Pro další kultivaci kvality plánování a správy finančních prostředků bychom považovali za potřebné zkrátit termíny pro dodatečné vykazování opravných dávek nejpozději do 31.3. následujícího roku, tak aby došlo ke sjednocení lhůt pro ambulantní lůžkovou péči a výrazně se omezil prostor pro nepřesnosti v kalkulaci dohadných položek jak na straně PZS tak na straně ZP.

K eliminaci inflačních dopadů na systém veřejného zdravotního pojištění by rovněž přispěla změna úročení povinných vkladů ZP u ČNB. Při současné výši 58,8 mld. Kč na фондах ZP, které nejsou vůbec úročeny ani základní úrokovou sazbou 7% ČNB, činí ztráta úroků jen na ZFZP cca 1,75 mld. Kč. Při alternativním úročení u komerčních bank by výnos dosáhl cca 1,5 mld. Kč.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2022. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2024.

Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2022, poskytovatelem vykázané do 31. března 2023 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2023.

Do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2024, poskytovatelem vykázané do 31. března 2025 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2025.

A) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
 - a) 1,03 Kč pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
 - b) 1,05 Kč pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
 - c) 0,95 Kč pro odbornosti 916 a 921 podle seznamu výkonů.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,06 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + \max [(1,06 + KN) \times PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)],$$

kde:

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů,

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištěnce,

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; za

mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMh nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMr nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- a) 0,03 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázaným výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 25 %,
- b) 0,03 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázanými výkony č. 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 35 %,
- c) 0,15 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší

diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %.

5. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištěnce jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodech 1 a 2 nebo v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 hodnotou bodu uvedenou v bodě 3.
6. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných v odbornosti 914 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady dle bodu 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby odbornosti 914 podle seznamu výkonů jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
7. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
8. Výpočet celkové výše úhrady dle bodu 4 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců.
9. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady dle bodů 3, 4 a 5 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě 1,12 Kč, a dále zdravotní výkony u odbornosti 925 ve výši 1,22 Kč a pro ostatní odbornosti dle bodu 2.
10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.
11. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

B) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 926 podle seznamu výkonů

1. Domácí specializovanou paliativní péči lze vykazovat výhradně na pojištěnce v terminálním stavu.
2. Poskytovatel v odbornosti 926 podle seznamu výkonů zajistí pojištěnci veškeré potřebné hrazené služby po dobu 24 hodin 7 dní v týdnu.
3. Hrazené služby v odbornosti 926 podle seznamu výkonů poskytnuté v průběhu jednoho dne (24 hodin) jsou vykazovány agregovanými výkony č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů.
4. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši 1,10 Kč, přičemž celková výše úhrady nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\min\{(POPičz, dosp * 30 * PB_{80091} * HB) + (POPičz, dět * 180 * PB_{80091} * HB); Bodyh * HB\}$$

kde:

POPičz,dosp je počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

POPičz,dět je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

Bodyh je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

HB je hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů, která činí 1,18 Kč.

PB₈₀₀₉₁ je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

5. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb s výjimkou poskytovatelů lůžkové hospicové péče, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem v hodnoceném období.
6. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb, včetně služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:
 - a) pokud počet pojištěnců, na které byl vykázan některý z výkonů č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázané jiné hrazené služby mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
 - b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:
 - i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
 - ii. poskytnutá stomatologická péče,
 - iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
 - iv. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
 - v. další výkony provedené na zemřelém pacientovi.
7. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady podle bodů 4, 5 a 6 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu 1,10 Kč.
8. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.
9. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

Dohodovací řízení dle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. pro rok 2024

Návrh segmentu domácí zdravotní péče pro DŘ 2024 dne 31. 5. 2023

Návrh poskytovatelů pro DŘ o úhradách v roce 2024 zaměřený na odbornost 925 a 921

Referenční období: rok 2022

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,29 Kč**.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši **1,11 Kč** pro odbornost **925** podle seznamu výkonů, která se dále navýší podle bodu 3. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši **1,11 Kč** pro odbornost **921**.
3. Hodnota bodu dle bodu 2 se při splnění následujících podmínek dále navýší o:
 - a) **o 0,02 Kč** v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázaným výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 25 %,
 - b) **o 0,02 Kč** v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázanými výkony č. **06324**, 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 25 %,
 - c) **o 0,07 Kč** v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7 nebo E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 925 a 921 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,23 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,23 + KN) \times \max [PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$$

kde:

- | | |
|----------------|---|
| POPzpoZ | je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byl vykázan výkon č. 06349 podle seznamu výkonů, |
| PUROo | je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byl v referenčním |

období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištění,

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí **čtyřnásobek** průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění se zahrne úhrada za pojištění ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí **čtyřnásobek** průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMh nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištění zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištění se zahrne úhrada za pojištění ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí **čtyřnásobek** průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMr nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 podle seznamu výkonů

- a) **0,03** – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázaným výkonem č. 06135 nebo 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 25 %,
 - b) **0,03** – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázanými výkony č. **06324**, 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 25 %,
 - c) **0,15** – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7 nebo E11.3 až E11.7, L88, L89, L93, L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %.
5. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 4 se nepoužije:
 - a) pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázan výkon č. 06349 podle seznamu výkonů,
 - b) pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem, který v hodnoceném nebo v referenčním období ošetřil **100** a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny,
 - c) pro hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
 6. Zdravotní služby dle písmene a) a b) bodu 5 jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě 1,22 Kč a s hodnotou bodu dle odstavce 2 a 3 pro zdravotní výkony v odbornosti 925.
 7. Zdravotní služby dle písm. c) bodu 5 jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu pro výkony přepravy v návštěvní službě 1,22 Kč a s hodnotou bodu 1,22 Kč pro zdravotní výkony v odbornosti 925.
 8. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
 9. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Nové výkony jsou hrazeny s hodnotou bodu dle bodu 1, 2 nebo 3.
 10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.

11. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

Návrh poskytovatelů pro DŘ o úhradách v roce 2024 zaměřený na odbornost 926

Referenční období: rok 2022

1. Domácí specializovanou paliativní péči lze poskytovat výhradně pojištěnci v terminálním stavu, a to v souladu s odbornými postupy stanovenými metodikou.
2. Poskytovatel odb. 926 podle seznamu výkonů zajistí pojištěnci veškeré potřebné hrazené zdravotní služby po dobu 24 hodin, 7 dní v týdnu.
3. Hrazené zdravotní služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů poskytnuté dospělým a dětským pojištěncům v průběhu 1 dne (24 hodin) jsou vykazovány pouze agregovanými výkony č. 80090 nebo č. 80091 podle seznamu výkonů.
4. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši **1,20 Kč**, přičemž celková výše úhrady nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\min \{ (POPičz,dosp * 30 * PB_{80091} * HB) + (POPičz,dět * 180 * PB_{80091} * HB); Bodyh * HB \}$$

kde:

POPičz,dosp je počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období

POPičz,dět je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

HB hodnota bodu odb. 926 podle seznamu výkonů = 1,20 Kč

Bodyh je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období

PB₈₀₀₉₁ je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období

5. Hrazené zdravotní služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených zdravotních služeb odbornosti 926 a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených zdravotních služeb s výjimkou poskytovatelů lůžkové hospicové péče (9U9), budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud počet těchto pojištěnců nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 v hodnoceném období.
6. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb, včetně hrazených služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:

- a) pokud počet pojištěnců, na které byl vykázán některý z kódů 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené zdravotní služby, mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebudou tyto jiné hrazené zdravotní služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
- b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené zdravotní služby:
- i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
 - ii. poskytnutá stomatologická péče,
 - iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
 - iv. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
 - v. další zdravotní výkony provedené na zemřelém pacientovi.
7. Výkony zavedení a ukončení péče podle seznamu výkonů budou hrazeny výkonově nad rámec limitu stanoveného dle bodu 4 s hodnotou bodu **1,20 Kč**.
8. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se výpočet výše úhrady dle bodu 4, 5 a 6 nepoužije. Zdravotní služby poskytované zahraničním pojištěncům budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu **1,20 Kč**.
9. Pro hrazené služby poskytnuté poskytovatelem, který v hodnoceném nebo v referenčním období ošetřil **20** a méně pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet výše úhrady dle bodu 4, 5 a 6 nepoužije a zdravotní služby budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu **1,20 Kč**.
10. Měsíční předběžné úhrady (dále jen MPÚ): poskytovatel má právo na úhradu MPÚ ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu ve výši: **1,20 Kč za bod**.
11. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

