

## **Společný návrh VZP ČR a Svazu zdravotních pojišťoven**

---

### **1) Úhrada následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, péče ošetrovacího dne 00005 a zvláštní lůžkové péče hospicového typu podle § 22a zákona**

- a) Paušální sazba bude stanovena pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu zdravotních výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 6 zákona, a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření, výkony agregované do ošetrovacího dne podle seznamu zdravotních výkonů.
- b) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období se stanoví ve výši 104,5% paušální sazby roku 2019, s výjimkou dnů hospitalizace OD 00021, 00026 a OD 00031, 00032, 00098 a 00099:

$$PS_{OD,2020} = 1,045 * (PS_{OD2019} + \text{Navýšení}_{OD2019})$$

kde:

$PS_{OD,2019}$  je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2019, bez navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třisměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetrovací den,

$\text{Navýšení}_{OD2019}$  je navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání střídavě ve třisměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče za ošetrovací den v roce 2019.

- c) Paušální sazba za jeden den hospitalizace OD 00021 a 00026 bude pro kategorie pacienta 1, 2, 3 a 4 nastavena dle vzorce uvedeného v odst. b) ve výši 108% paušální sazby roku 2019, pro kategorii pacienta 5 ve výši 105% paušální sazby roku 2019. Počet dní nepřetržité hospitalizace hrazených paušální sazbou ve výši 108% paušální sazby roku 2019 činí 120 dní. Počet dní bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. 1. 2020 bude délka hospitalizace počítána od 1. 1. 2020. Po uplynutí výše uvedeného počtu dní se od 121. dne hospitalizace stanoví paušální sazba za každý další ošetrovací den typu 00021 a 00026 v kategorii pacienta 1, 2, 3 a 4 dle vzorce uvedeného v odst. b) ve výši 102% paušální sazby roku 2019.

- d) Výše paušální sazby typu OD 00021 a OD 00026 dle bodu c) je podmíněna existencí transformačního plánu poskytovatele v rámci reformy psychiatrické péče, který bude schválen zřizovatelem a předložen zdravotní pojišťovně do 31. 12. 2019. V případě, že nebude podmínka splněna, bude výše paušální sazby hrazena dle bodu b).
- e) Paušální sazba bude navýšena o úhradu na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třisměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotnických služeb lůžkové péče za ošetrovací den.
- f) Výše paušální sazby za 1 den hospitalizace OD 00031, 00032, 00098 a 00099 se stanoví v hodnoceném období ve výši, která byla sjednána na rok 2019.
- g) Měsíční předběžná úhrada pro poskytovatele vykazující OD 00021 a OD 00026 bude poskytnuta ve výši hodnoty za poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby za příslušný měsíc, kde OD 00021 a OD 00026 budou oceněny ve výši 106% paušální sazby za ošetrovací den roku 2019, přičemž tuto formu zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období. Předběžnou měsíční úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období.
- h) V případě hrazených služeb OD 00021 a OD 00026 poskytnutých zahraničním pojištěncům se tyto hrazené služby hradí paušální sazbou za ošetrovací den ve výši 106% paušální sazby za ošetrovací den roku 2019.

## 2) Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče

- a) Ambulantní zdravotní péče bude hrazena shodně jako příslušný ambulantní segment včetně regulačních omezení.
- b) Zvláštní ambulantní péče

Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max \{ \text{POP}_{\text{zpo}} * \text{PURO}_o * 1,07; \text{PB}_{\text{ho}} * \text{HB}_{\text{min}} + \text{KP}_{\text{ho}} \}$$

kde:

**POP<sub>zpo</sub>** je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období.

**PURO<sub>o</sub>** je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce

ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, kterým je rok 2018.

PBho je celkový počet poskytovatelem vykázaných a ZP uznaných bodů v hodnoceném období.

HBmin je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,73 Kč.

KPho je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

- c) 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 úhrady referenčních hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- d) V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, a v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům, se výpočet celkové výše úhrady podle písmene b) nepoužije, a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.
- e) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se určí ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

### **3) Úhrada následné intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče**

- a) Výkony následné intenzivní péče (dále jen „NIP“), NIP o děti a dorost, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“) a následné ventilační péče (dále jen „NVP“) budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,14 Kč.
- b) Maximální počet hrazených výkonů NIP na jednoho unikátního pojištěnce je 90, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo i jiného poskytovatele NIP.
- c) Maximální počet hrazených výkonů NIP o děti a dorost na jednoho unikátního pojištěnce je 365 dní, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překladů na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo i jiného poskytovatele NIP.
- d) Překročení počtu hrazených výkonů NIP o děti a dorost (00034) ve výši podle písmene c) na více než 365 dnů je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
- e) Maximální počet hrazených výkonů DIOP na jednoho unikátního pojištěnce je 190, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko DIOP, včetně překladů na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo i jiného poskytovatele DIOP, překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.
- f) Překročení počtu hrazených výkonů DIOP ve výši podle písmene e) na více než 190 hrazených výkonů DIOP je možné jen s předchozím souhlasem zdravotní pojišťovny.

- g) Hodnota ošetrovacího dne bude navýšena o úhradu na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům vykonávajícím nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třisměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotnických služeb lůžkové péče.