

## 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 následné lůžkové péče

---

Datum konání: 30. května 2023

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

Návrh účastníků jednání jsou přílohou tohoto protokolu:

Příloha č. 1 návrh SZP ČR

Příloha č. 2 návrh VZP ČR

Příloha č. 3 společný návrh ANČR, AČMN, AKN, SSN ČR

Účastníci při jednání **nedošli k dohodě.**

Poskytovatelé a plátcí se dohodli na dalším jednání v rámci oponentní fáze dohodovacího řízení na rok 2024.

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o úhradách na rok 2024 ve skupině poskytovatelů následné lůžkové péče došlo **k nedohodě.**

### **Hlasování o předložených návrzích**

Návrh SZP ČR na úhradu následné lůžkové péče (příloha č. 1 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	0	PRO:	6
PROTI:	3	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	1

Návrh nebyl přijat.

### **Hlasování o předložených návrzích**

Návrh VZP ČR na úhradu následné lůžkové péče (příloha č. 2 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	0	PRO:	1
PROTI:	3	PROTI:	6
Zdržel se hlasování:	0	Zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.

### **Hlasování o předložených návrzích**

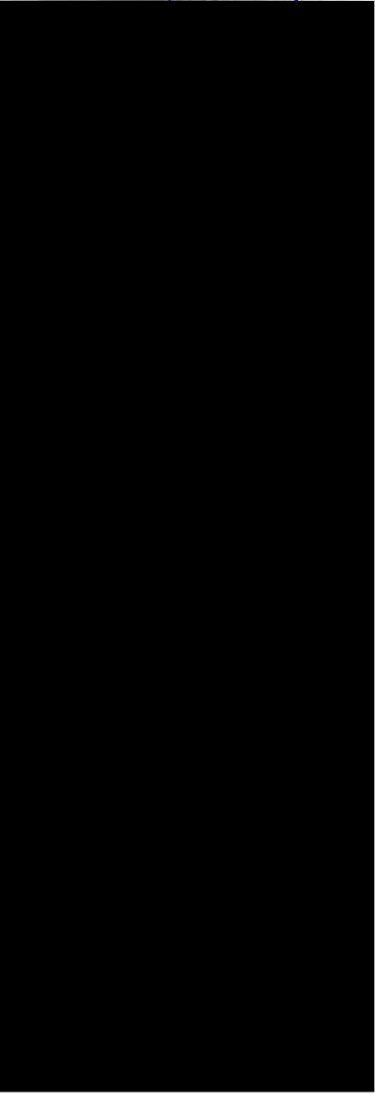
Společný návrh ANČR, AČMN, SSN ČR, AKN na úhradu následné lůžkové péče (příloha č. 3 tohoto protokolu)

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

Návrh nebyl přijat.

**Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:**

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora	Organizace	Podpis
MUDr. Ing. Petr Fiala	AČMN	
Za zdravotní pojišťovny:		
Jméno	Pojišťovna	
PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M.	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. Pavel Rydrych	RBP213	

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 následné lůžkové péče

Přípravná fáze dohodovacího řízení - jednání dne: 20.11.2023

Místo konání: Ústředí VZP ČR, Orlická, Praha

Zdravotní pojišťovny	Jméno	Podpis
VZP ČR - Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	BOCHÁČEK DRTMALOVÁ PRAŽEK	[Redacted]
ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	KNOŠOVÁ LINKOVÁ	
OZP - Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	KOPECKÁ	
RBP, zdravotní pojišťovna	ZYDRYCH	
VoZP – Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	HROBÁK	
ZPŠ - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ŠMACH	
ZPMV ČR - Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	SALEMAN KučEROVÁ	

Poskytovatelé zdravotních služeb	Jméno	Podpis
Asociace nemocnic ČR	Iug. VACEK	
Asociace českých a moravských nemocnic	Triala P.	
APRIMED zájmové sdružení nestátních zdravotnických zařízení		
Sdružení soukromých nemocnic České republiky, z. s.	Pavel Matoušek	
Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče		
Asociace krajských nemocnic		
HOST	VOLEJNÍK	

**Příloha č. 1** 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 následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče

## **Návrh SZP ČR**

### **DŘ na rok 2024**

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

## 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 konstruována 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
<b>Mandatorní výdaje CELKEM</b>	<b>9 300</b>

- 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 fondech 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.



## 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 vykazují 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:

$$PS_{OD,2024} = (KN * PS_{OD,2022})$$

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:
- Pro kategorii pacienta 1 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,120,
  - Pro kategorii pacienta 2 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,120,
  - Pro kategorii pacienta 3 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,120,
  - Pro kategorii pacienta 4 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,120,
  - Pro kategorii pacienta 5 podle seznamu výkonů se KN stanoví ve výši 1,120.
- 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:
- Sestra specialista 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),
  - 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,
  - Ergoterapeut – kritérium je úvazek: průměrně alespoň 1,0 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005 a 00024,
  - Logoped – kritérium je úvazek: průměrně alespoň 1,0 úvazku na 120 lůžek pro OD 00024,
  - Psycholog ve zdravotnictví – kritérium je úvazek: průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00030,
  - 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 0,015 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 2024, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2024.
- f) Maximální úhrada v roce 2024 za jednotlivé typy  $i$  ošetrovacích dnů 005, 022 a 024 ( $\acute{U}hr_{i,max\_2024}$ ), se stanoví dle vzorce:

$$\acute{U}hr_{i,max\_2024} = [\acute{U}hr_{i,2024} - \max(\text{Reg}_{i,max\_OD\_2024}; \text{Reg}_{i,max\_KAT\_2024})], \text{ kde:}$$

$\text{Reg}_{i,max\_OD\_2024}$  je snížení celkové úhrady PZS v roce 2024 za překročení průměrné ošetrovací doby za jednotlivý typ  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024, kdy:

$$\text{Reg}_{i,max\_OD\_2024} = \max [0; \acute{U}hr_{i,2024} - \acute{U}hr_{i,max\_OD\_2024}], \text{ kde:}$$

$\acute{U}hr_{i,max\_OD\_2024}$  je maximální úhrada PZS v roce 2024 za jednotlivý typ  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024, kdy:

$$\acute{U}hr_{i,max\_OD\_2024} = \max \left[ \acute{U}hr_{i,2024} * \frac{1}{\max \left( \frac{\frac{\sum OD_{i,2024}}{\sum UR\check{C}_{i,2024}}}{X_{OD} * \frac{\sum OD_{i,2022}}{\sum UR\check{C}_{i,2022}}}; 1 \right)} ; \acute{U}hr_{i,2022} * 1,120 \right], \text{ kde:}$$

$\acute{U}hr_{i,2024}$  je celková úhrada v roce 2024 za jednotlivý typ  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024, kdy:

$$\acute{U}hr_{i,2024} = \sum_i (\text{PS}_{OD,2024} * OD_{i,2024})$$

$OD_{i,2022}$  je v roce 2022 vykázaný a ZP uznaný typ  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024 v příslušné kategorii 1 až 5,

$UR\check{C}_{i,2024}$  je unikátní pojištěnec hospitalizovaný na lůžku následné péče dle jednotlivých typů  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024 v roce 2024,

$UR\check{C}_{i,2022}$  je unikátní pojištěnec hospitalizovaný na lůžku následné péče dle jednotlivých typů  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024 v roce 2022,

$\acute{U}hr_{i,2022}$  je celková úhrada v roce 2022 za jednotlivý typ  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024,

$X_{OD} =$  nabývá hodnoty 1.

$Reg_{i,max\_KAT\_2024}$  je snížení celkové úhrady PZS v roce 2024 za překročení průměrné kategorie pacienta za jednotlivý typ  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024, kdy:

$$Reg_{i,max\_KAT\_2024} = \max [0; \acute{U}hr_{i,2024} - \acute{U}hr_{i,max\_KAT\_2024}]$$

$\acute{U}hr_{i,max\_KAT\_2024}$  je maximální úhrada PZS v roce 2024 za jednotlivý typ  $i$  ošetrovacího dne 005, 022 a 024, kdy:

$$\acute{U}hr_{i,max\_KAT\_2024} = \max \left[ \acute{U}hr_{i,2024} * \frac{1}{\max \left( \frac{\sum_{i=1}^{k=5} (KAT_i * OD_{i,2024})}{\sum_{i=1}^{k=5} OD_{i,2024}}; 1 \right)}; \acute{U}hr_{i,2022} * 1,120 \right], \text{ kde:}$$

$KAT_i =$  je kategorie pacienta pro příslušný typ OD, která nabývá hodnot 1 až 5,

$X_{KAT} =$  pro rok 2024 nabývá hodnoty 1.

- g) V případech, kdy poskytovatel poskytne všem pojištěncům pro danou zdravotní pojišťovnu v roce 2024 v součtu méně než 4500 ošetrovacích dnů v jednotlivých typech  $i$  ošetrovacího dne 005 a 024 vynásobených koeficientem poměru pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde poskytovatel poskytuje zdravotní služby, podle bodu xxx přílohy č. xxx k vyhlášce, a v součtu méně než 3200 ošetrovacích dnů v ošetrovacím dni 022 vynásobených koeficientem poměru pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném regionu, kde poskytovatel poskytuje zdravotní služby, podle bodu xxx přílohy č. xxx k vyhlášce, se ustanovení o maximální výši úhrady za rok 2024 dle písmene f) nepoužije.
- h) 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 vynásobená koeficientem 1,10.
- i) 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 1,120. Předběžnou měsíční úhradu za toto období zdravotní pojišťovna finančně vypořádá nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období.

- j) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se úhrada za OD stanoví pouze 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:

<b>OD</b>	<b>Pro kategorii pacienta 1 (resp. 0)</b>	<b>Pro kategorii pacienta 2</b>	<b>Pro kategorii pacienta 3</b>	<b>Pro kategorii pacienta 4</b>	<b>Pro kategorii pacienta 5</b>
<b>00015</b>	10 229,00				
<b>00017</b>	15 251,00				
<b>00020</b>	4 001,00				
<b>00033</b>	5 628,00				
<b>00035</b>	4 283,00				

- c) Výkony, kterými se vykazují příjmové a propouštěcí vyšetření budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,39 Kč pro odbornost 7D8 i 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 1,12 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:

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

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 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 0,90 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:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1\dots n} PUM_{ref,i}}$$

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. 396/2021 Sb. pro rok 2022.

$PUM_{ref,i}$  je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci  $i$  zdravotní služby v referenčním období roku 2022.

$i$  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 d) 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 112 % 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.

**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 následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče

## Návrh VZP ČR

### **DŘ na rok 2024**

úhrada hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, u poskytovatelů vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče

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

$$PS_{OD,2024} = (1,05 + KN) * PS_{OD,2023}$$

kde:

$PS_{OD,2023}$  je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2023 bez navýšení úhrady plynoucích z plnění kvalitativních kritérií a restrukturalizace lůžek v roce 2023.

- c) KN je koeficient navýšení, který se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií definovaných v písmenech d) a e).
- d) KN se 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 následujících 7 kritérií vázaných na daný typ OD:
- i. Personální zabezpečení (vztaženo k úvazku na sledovaném pracovišti):
    - (1) Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a 00030,
    - (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
    - (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005,
    - (4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
    - (5) Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a 00030.
  - ii. Technické vybavení:
    - (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024,
    - (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024.
- e) U poskytovatele, který provedl nejpozději v hodnoceném období restrukturalizaci lůžek v rámci reformy psychiatrické péče podle plánu restrukturalizace, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví, se KN dále navýší o 0,03 pro OD 00021 a OD 00026 u kategorií pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů, vykázané do stovacátého dne hospitalizace. Počet dní hospitalizace bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2024, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2024.
- 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 2023, navýšené o 5 %.



- g) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen d) a e) a úhrada za OD 00021, 00026 se stanoví podle písmene b).

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

- a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,53 Kč pro OD 00015, 1,50 Kč pro OD 00017 a 1,48 Kč pro OD 00020. Výkony, kterými se vykazují příjmové a propouštěcí vyšetření budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,49 Kč.
- b) 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 překlady na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překlady 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.
- d) 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 překlady 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.
- e) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,24 Kč.

## 3. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče

- a) Ambulantní zdravotní péče bude hrazena shodně 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 1,19 Kč.
- c) 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 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navýšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.
- d) Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

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 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.
- PB<sub>ho</sub>* je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období.
- HB<sub>min</sub>* je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,96 Kč.
- KP<sub>ho</sub>* 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<sub>ref</sub>* 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<sub>ref</sub>* je celková úhrada poskytovateli za výkony, včetně zvláště účtovaného materiálu a zvláště účtovaných léčivých přípravků v referenčním období.
- PUM<sub>ref,i</sub>* 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 hodnot referenčního období stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž byly poskytovány unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenčního období srovnatelných poskytovatelů. V případě, že poskytovatel v referenčním období vykázal alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny poskytovány hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.
- f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.
- g) Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,21 Kč a výpočet celkové výše úhrady podle písm. d) se nepoužije.

- h) 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.
- i) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 113 % úhrady referenčního 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.

**Příloha č. 3** 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 následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče a zvláštní lůžkové péče

## **Společný návrh poskytovatelů zastoupených v AČMN, ANČR, SSN ČR a AKN**

### **DŘ na rok 2024**

úhrada hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných, u poskytovatelů vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů, poskytovatelů zvláštní ambulantní péče a zvláštní lůžkové péče

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

$$PS_{OD,2024} = (1,20 + KN) * PS_{OD,2023}$$

kde:

$PS_{OD,2023}$  je paušální sazba za jeden den hospitalizace v roce 2023 bez navýšení úhrady plynoucích z plnění kvalitativních kritérií a restrukturalizace lůžek v roce 2023.

- c) KN je koeficient navýšení, který se stanoví součtem hodnot navýšení podle kritérií definovaných v písmenech d) a e).
- d) KN se 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 následujících 7 kritérií vázaných na daný typ OD:
- i. Personální zabezpečení (vztaheno k úvazku na sledovaném pracovišti):
- (1) Sestra specialista na hojení ran – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00023, 00024 a 00030,
  - (2) Nutriční terapeut – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024, 00027, 00028 a 00030,
  - (3) Ergoterapeut – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek, pro OD 00024 a 00005 a 00030
  - (4) Logoped – průměrně alespoň 1 úvazek na 120 lůžek pro OD 00024,
  - (5) Psycholog ve zdravotnictví – průměrně alespoň 0,4 úvazku na 120 lůžek pro OD 00005, 00022, 00024 a 00030.
- ii. Technické vybavení:
- (1) Průměrný počet lůžek na pokoji – nejvýše 2,5 lůžka na pokoj u OD 00005, 00022, 00023 a 00024 a 00030
  - (2) Vybavení oddělení elektricky polohovatelnými lůžky – alespoň 75 % elektricky polohovatelných lůžek doložených protokolem o bezpečnostně technické kontrole u OD 00005, 00022, 00023 a 00024 a 00030.
- e) U poskytovatele, který provedl nejpozději v hodnoceném období restrukturalizaci lůžek v rámci reformy psychiatrické péče podle plánu restrukturalizace, který byl schválen Ministerstvem zdravotnictví, se KN dále navýší o 0,03 pro OD 00021 a OD 00026 u kategorií pacienta 1, 2, 3 a 4 podle seznamu výkonů, vykázané do stodvacátého dne hospitalizace. Počet dní hospitalizace bude počítán od prvního dne přijetí na lůžko poskytovatele, včetně propustek. V případě, že hospitalizace započala před 1. lednem 2024, bude délka hospitalizace počítána od 1. ledna 2024.
- 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 2023, navýšené o 20 %.

- g) V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužije koeficient navýšení KN podle písmen d) a e) a úhrada za OD 00021, 00026 se stanoví podle písmene b).

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

- a) OD 00015, 00017 a 00020 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,75 Kč pro OD 00015, 1,72 Kč pro OD 00017 a 1,69 Kč pro OD 00020. Výkony, kterými se vykazují příjmové a propouštěcí vyšetření budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,70 Kč.
- b) 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 překlady na jiné pracoviště NIP poskytovatele nebo jiného poskytovatele NIP.
- c) Zdravotní pojišťovna uhradí na jednoho unikátního pojištěnce do 18 let věku maximálně 365 OD 00017, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko NIP, včetně překlady 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.
- d) 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 překlady 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.
- e) OD 00033 a 00035 jsou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,42 Kč.

## 3. Úhrada ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče s výjimkou úhrady takové péče poskytnuté poskytovatelem zvláštní lůžkové péče

- a) Ambulantní zdravotní péče bude hrazena shodně 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 1,54 Kč.
- c) 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 – 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:

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

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 – I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.
- PB<sub>ho</sub>* je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období.
- HB<sub>min</sub>* je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 1,03 Kč.
- KP<sub>ho</sub>* 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<sub>ref</sub>* 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<sub>ref</sub>* je celková úhrada poskytovateli za výkony, včetně zvláště účtovaného materiálu a zvláště účtovaných léčivých přípravků v referenčním období.
- PUM<sub>ref,i</sub>* 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 hodnot referenčního období stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž byly poskytovány unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenčního období srovnatelných poskytovatelů. V případě, že poskytovatel v referenčním období vykázal alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny poskytovány hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.
- f) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene d) se nepoužije.
- g) Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši **1,35 Kč** a výpočet celkové výše úhrady podle písm. d) se nepoužije.

- h) 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.
- i) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 120 % úhrady referenčního 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.

-