

# **Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR**

## **verze 6.2**

**Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR**  
**Praha říjen 2006**



**Obsah**

Úvod.....	5
1. Doklady a dávky dokladů.....	6
1.1. Dávky dokladů.....	6
1.1.1. Převzetí dávky dokladů.....	6
1.1.2. Kontrola dávky dokladů.....	7
1.1.3. Odmítnutí datového nosiče při příjmu.....	7
1.1.4. Odmítnutí dávky dokladů při příjmu.....	8
1.1.5. Odmítnutí dávky dokladů při zpracování.....	8
1.2. Doklady.....	8
1.2.1. Přijaté doklady.....	8
1.2.2. Kontrola dokladů v informačním systému.....	8
1.2.3. Kontrola dokladů revizním lékařem.....	9
1.2.4. Odmítnutí souvisejících dokladů.....	10
1.2.5. Odmítnutí dokladu.....	10
1.2.6. Odmítnutí nebo změna části dokladu revizním lékařem.....	10
2. Výpočet hodnoty jednotlivých dokladů.....	11
2.1. Obecná pravidla.....	11
2.2. Vyúčtování dokladů.....	13
2.2.01. Vyúčtování výkonů v ambulantní péči.....	13
2.2.01s. Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči.....	15
2.2.02. Vyúčtování výkonů v ústavní péči.....	16
2.2.02s. Vyúčtování výkonů ve stomatologické ústavní péči.....	19
2.2.02.1. Výpočet hodnoty ošetrovacích dnů v sestupné platbě.....	19
2.2.02.2. Výpočet hodnoty ošetrovacích dnů v nesestupné platbě.....	22
2.2.02.3. Výpočet paušálů za léky.....	22
2.2.03. Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP.....	23
Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 1 - LEKY.....	24
Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 2 - IVLP.....	26
Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 3 - ZP.....	27
Stomatologické výrobky, skupina 4 - STOMAG.....	27
2.2.05. Vyúčtování výkonů nepravidelné péče.....	29
2.2.06. Poukaz na vyšetření/ošetření.....	30
2.2.10. Recept.....	31
Výpočet pro léčivý přípravek skupiny 1 - LEKY.....	32
Výpočet pro léčivého přípravku skupiny 2 - IVLP.....	32
2.2.11. Poukaz na brýle a optické pomůcky.....	33
2.2.12. Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku.....	34
2.2.14. Poukaz na foniatickou pomůcku.....	36
2.2.16. Vyúčtování lázeňské péče.....	38
2.2.23. Vyúčtování ozdravenské péče.....	40
2.2.30. Registrační list.....	41
Definice základních pojmů.....	41
Vyhodnocování registračních listů.....	42
Určení hodnoty degresního koeficientu.....	43
Tabulka indexů pro věkové skupiny odbornosti 001 a 002.....	44
Tabulka degresních koeficientů odbornosti 001 a 002.....	44
Výpočet kapitační platby za registrované pojištěnce zdravotní pojišťovny.....	45

2.2.34.0.	Výkony v dopravě - obecně .....	46
2.2.34.	Příkaz ke zdravotnímu transportu .....	47
2.2.36.	Vyúčtování cest lékaře v návštěvní službě.....	48
2.2.37.	Vyúčtování výkonů záchranné služby.....	49
2.2.39.	Vyúčtování náhrady cestovních nákladů.....	50
3.	Stručný popis jednotlivých forem úhrady zdravotní péče.....	51
4.	Sestavy .....	53
	Protokol o kontrole datového nosiče.....	54
	Oznámení o zpracování dávek výkonů .....	55
	Denní uzávěrka dávek k proplacení .....	56
	Denní uzávěrka odmítnutých dávek, dokladů a položek.....	57
	Přehled položek se sníženou cenou.....	58
	Přehled položek odmítnutých likvidátorem .....	59
	Rekapitulace nároků na kapitační platbu .....	60
	Protokol o uznaných a odmítnutých registracích pojištěnců.....	61
	Seznam registrovaných pojištěnců ke dni .....	61
	Protokol ukončených registrací pro ZZ.....	62

## Úvod

V návaznosti na vydání Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ve verzi 6.2 (dále jen Metodika) a Datového rozhraní VZP ve verzi 6.2 (dále jen DR) vydává VZP novou verzi Pravidel pro vyhodnocování dokladů ve VZP (dále jen Pravidla). Účelem je přehledně popsat postup ohodnocení dokladů ve VZP podle platné Metodiky a podle uzavřených smluv a dohod. Pravidla popisují postup převzetí, zpracování a ohodnocení dokladů za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům VZP a vykázanou územnímu pracovišti VZP (dále jen Pojišťovna). Dále Pravidla popisují základní komunikaci Pojišťovny se smluvními partnery a je nově zařazen stručný popis jednotlivých forem financování zdravotní péče. Byl vypuštěn číselník chyb, jejichž text je uváděn na výstupních sestavách. Jsou uvedeny pouze doklady popsané v Metodice, u kterých se počítá hodnota, nebo výsledek jejich vyhodnocení ovlivňuje platbu smluvnímu zdravotnickému zařízení.

Tato Pravidla navazují na materiály vydávané VZP:

- Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR, verze 6.2, říjen 2006
- Datové rozhraní VZP ČR, verze 6.2, říjen 2006
- Číselníky vydávané na datovém nosiči:
  - „Zdravotní výkony“ (VYKONY),
  - „Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely“ (LEKY),
  - „Individuálně připravovaná léčiva, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka“ (IVLP),
  - „Zdravotnické prostředky“ (ZP) a
  - „Stomatologické výrobky“ (STOMAG).

*Pozn.: Značení verzí číselníků je popsáno v Datovém rozhraní VZP ČR – číselníky.*

### Přehled použitých zkratk a symbolů

Nejsou uvedeny všeobecně používané zkratky a symboly. Jednou použité zkratky, nebo zkratky použité v jiném významu, jsou uvedeny a vysvětleny v jednotlivých kapitolách.

CRP	Centrální registr pojištěnců
DOPR	Číselník Doprava
DRG	Experimentální platba podle diagnostické skupiny
DVYK	Číselník Cenová pásma (pro sestupnou platbu ošetřovacích dnů)
HB<i>i>	Hodnota bodu - je pro dané SZZ nebo jeho část v jednotlivých čtvrtletích konstantou a závisí na nasmlouvaném způsobu úhrady zdravotní péče
LEKY	Číselník Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely
ICP, IČP	Identifikační číslo pracoviště
ICPP	Identifikační číslo pracovníka pracoviště
IS	Informační systém Pojišťovny
IVLP	Číselník Individuálně připravovaná léčiva, výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka
JDG4	Číselník Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN10) v datovém rozhraní JDG4

KAP	Číselník Kategorie pacienta
KATSR	Kategorie subjektu pro režii k ošetrovacímu dni (OD)
KKVP	Kombinovaná kapitačně-výkonová platba
LOKA	Číselník Lokalizace
MKN10	Číselník Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10
ODB	Číselník Odbornosti
OME0	Preskripční omezení
PZT	Jméno číselníku Zdravotnické prostředky
RL	Revizní lékař pojišťovny
RS	Regulační mechanismus (regulační srážka)
RSZ	Registr smluvních zařízení
STOMAG	Číselník Stomatologické výrobky
STOVY	Číselník Výkony s povinnou lokalizací zubu
SZZ	Smluvní zdravotnické zařízení
UKLE	Číselník Ukončení léčení
ÚP	Územní pracoviště VZP včetně krajské pobočky Praha
VFOND	Číselník Výdajové fondy
VYK	Číselník Zdravotní výkony
ZP	Zdravotnické prostředky
ZZ	Zdravotnické zařízení

## 1. Doklady a dávky dokladů

Pojišťovna přijímá od SZZ doklady seskupené do dávek. Kromě dávky (dávek) dokladů přebírá Pojišťovna od SZZ fakturu (faktury) na období nebo na dávky. Na základě kontroly dokladů, jejich ohodnocení a podle smluvně dohodnuté formy financování SZZ provede Pojišťovna vyúčtování vykázané zdravotní péče.

### 1.1. Dávky dokladů

#### 1.1.1. Převzetí dávky dokladů

Pojišťovna přebírá od SZZ dávky dokladů, vyplněné podle platné Metodiky. Při převzetí dávky dokladů je prováděna kontrola, která závisí na skutečnosti, zda jsou přebírány vyplněné papírové formuláře, nebo datový nosič. Po úspěšném výsledku vstupní kontroly je dávka dokladů přijata. Po přijetí dávky dokladů a po zavedení dat do IS jsou prováděny další kontroly a ohodnocení dokladů (validace). Po validaci dávek následuje kontrola vykázané péče RL.

Při negativním výsledku některé z kontrol Pojišťovna dávku nebo doklad odmítne, tj. vrátí SZZ, které může dávku nebo doklad opravit (např. omylem vykázané neexistující číslo výkonu) a znovu předložit Pojišťovně ve smluveném předkládacím termínu. V případě vrácení neoprávněně předložených dokladů (např. za pojištěnce jiné zdravotní pojišťovny) SZZ doklady znovu nepředkládá.

Vrácenou fakturu SZZ neopravuje, ale vystavuje pod dalším evidenčním číslem fakturu jinou.

### 1.1.2. Kontrola dávky dokladů

Pokud SZZ předává dávky dokladů spolu s fakturou na dávky, musí souhlasit čísla dávek uvedená na faktuře s čísly dávek uvedenými v průvodních listech přiložených dávek.

U dávek dokladů předávaných na tiskopisech VZP provádí Pojišťovna při převzetí kontrolu na úplnost dávky a na souhlas počtu dávek s počtem uvedeným v průvodním listu dávky resp. na faktuře. Kontrolu na čitelnost a na správné vyplnění jednotlivých dokladů podle Metodiky provádí Pojišťovna až při jejich zavádění do IS - při pořizování vstupních dat. Špatně vyplněný doklad, který postrádá náležitosti nezbytné pro jeho další zpracování (je vyplněn v rozporu s Metodikou), je neplatný a je vrácen SZZ.

U dávek dokladů předávaných na datovém nosiči provádí Pojišťovna při převzetí kontrolu dodržení platného datového rozhraní a počtu dávek. Z dávek dokladů předávaných na datovém nosiči nelze při vstupní kontrole v Pojišťovně vyřadit žádný doklad.

Program na kontrolu datového rozhraní WKONTROL dostává SZZ k používání od Pojišťovny bezplatně.

### 1.1.3. Odmítnutí datového nosiče při příjmu

K odmítnutí datového nosiče v Pojišťovně dojde v případě následujících chyb:

- není na vstupním PC čitelný,
- obsahuje počítačové viry,
- nesouhlasí "label" datového nosiče s IČZ v průvodním listu datového nosiče,
- neobsahuje soubor KDAVKA,
- nesplňuje datové rozhraní:
  - **Číslo pojištěnce** - formální správnost – kap. „Kódy desetimístné identifikace“ platné Metodiky
  - **Číslo pojištěnce** - kontrola na dělitelnost číslem 11 u desetimístných čísel (modulo 11 celého desetimístného čísla musí být 0)
  - **Číslo pojištěnce** - kontrola na shodu čísla na dokladech 01, 01s, 02, 02s a 06 s návazným dokladem (nebo návaznými doklady) 03, 03s
  - **Kód pojišťovny** - při povinném vyplnění je vyžadováno "111"
  - **Číslo pracoviště, případně číslo lékaře** - je prováděna kontrola na prvních dvou pozicích zleva na existenci čísla ÚP, případně tam, kde je to opodstatněné, i kontrola na shodu na prvních dvou pozicích zleva s IČZ ve větě "D".
  - **Odbornost** - formální správnost - kontrola na povolené znaky 0-9 a A-Z s tím, že písmeno je povoleno pouze na prostřední pozici
  - **Diagnóza** - formální správnost
  - **Diagnóza** - kontrola na povinné čtyřmístné vyplnění, pokud takové rozlišení je v MKN-10 (JDG4) uvedeno
  - **Náhrady** - kontrola na duplicitní uvedení náhrady
  - **Kategorie** - kontrola na duplicitní uvedení kategorie
  - **Lokalita** - kontrola na povolené znaky "mezera" a 0 - 9
  - **Datum** - kontrola na formální správnost
  - **Datum** - kontrola na období dávky ve větě "D" (datum nesmí být vyšší než období na dávce)
  - **Datum** - u hospitalizačních dokladů - kontrola data výkonů na dobu hospitalizace (doba hospitalizace je ohraničena datem přijetí a propuštění)

- **Čas** - ve tvaru HHMM - kontrola na formální správnost (HH v rozsahu 00-23, MM v rozsahu 00-59)
- **Pořadové číslo listu (dokladu) v dávce** - kontrola na vzestupnost čísel
- **Evidenční číslo pomůcky** - v dokladu 13 - povinné vyplnění tohoto údaje je kontrolováno pouze v případě, že v položce "OTRV" je vyplněna "mezera" (tzn., že kontrola probíhá pouze u dočasných ZP).
- Pokud je na datovém nosiči porušeno datové rozhraní pouze jedné dávky, Pojišťovna odmítne jen tuto dávku.
- Datový nosič obsahuje jiný počet dávek, než je uvedeno v průvodním listu datového nosiče (tiskopis 09).
- Období na průvodním listu některé dávky (věta typu "D") nesouhlasí s obdobím na faktuře na období.

#### 1.1.4. Odmítnutí dávky dokladů při příjmu

K odmítnutí dávky tiskopisů v Pojišťovně dojde v případě následujících chyb:

- Nesouhlasí počet listů v dávce s údajem o počtu listů na průvodním listu dávky.
- Období na průvodním listu dávky nesouhlasí s obdobím na faktuře na období.
- Nesouhlasí čísla dávek na průvodním listu dávky s čísly dávek na faktuře na dávky.

#### 1.1.5. Odmítnutí dávky dokladů při zpracování

K odmítnutí celé dávky při zpracování dojde v případě následujících chyb:

- SZZ v běžném roce již předložilo dávku se stejným číslem dávky (duplicitní číslo dávky).
- Při zpracování dávky jsou odmítnuty všechny doklady téže dávky.
- ZZ nemá platnou smlouvu s Pojišťovnou (s výjimkou neodkladné péče).

## 1.2. Doklady

### 1.2.1. Přijaté doklady

Přijaté doklady jsou ty, které prošly vstupními kontrolami bez chyb. Přijaté špatně vyplněné tiskopisy, které postrádají náležitosti nezbytné pro jejich další zpracování, se odmítnou při jejich zavádění do IS - při pořizování vstupních dat .

### 1.2.2. Kontrola dokladů v informačním systému

V IS se provádí kontrola na správnost vyplnění dokladů a současně dochází k finančnímu ohodnocení dokladů (tzv. validace) jednotlivých dávek. Podrobný popis kontrol je uveden



u jednotlivých dokladů, v této části jsou popsány pouze principy. Výsledek kontroly řádku nebo dokladu se vyznačí do protokolu o validaci takto:

bez označení	bez chyby	
“E”	chyba	řádek nebo doklad se odmítá
“S”	řádek nebo doklad podléhá schválení RL pojišťovny	RL schválí a řádek/doklad se uhradí RL neschválí a řádek/doklad se odmítne
“W”	na řádku nebo dokladu je něco podezřelého	RL může odmítnout, jinak se uhradí

Příklady:

- Doklad se kontroluje na příslušnost pojištěnce k VZP. Při této kontrole se zjišťuje, zda číslo pojištěnce uvedené na dokladu je v registru VZP (tzv. kontrola na registry). Pokud není číslo pojištěnce v registru, je takový doklad při validaci označen symbolem “E”. Znak “E” znamená chybu. Doklad není zahrnut do výpočtu hodnoty dávky a je vyřazen z dalšího zpracování. Pojišťovna ho odmítne.
- Kontroluje se, zda použitá čísla výkonů, kódy léčivých přípravků a ZP, uvedené na dokladech, existují v příslušných číselnících (tzv. kontrola na číselníky). Např.:
  - Pokud kód neexistuje v příslušném číselníku, řádek se označí symbolem “E” a doklad je odmítnut.
  - Pokud kód v příslušném číselníku existuje, ale je v číselníku označen symbolem “Z” nebo “X” (schválení RL předepsáno legislativou), řádek se označí symbolem “S” a RL musí řádek schválit. Jinak je řádek odmítnut.
  - Pokud je kód vykázán na ambulantním dokladu a kód v příslušném číselníku existuje, ale má omezení místem “H”, řádek se označí symbolem “E” a doklad je odmítnut.
  - Pokud kód v příslušném číselníku existuje, ale má frekvenční nebo jiné omezení, řádek se označí symbolem “W” a RL může řádek odmítnout.

Dále se kontroluje oprávnění SZZ vykazovat zdravotní péči (uzavření smlouvy, její platnost, nasmlouvané odbornosti i jednotlivé nasmlouvané výkony).

Při validaci jsou některé řádky dokladů označeny symbolem “S” (speciální položka). Na těchto řádcích jsou kódy výkonů, léčivých přípravků nebo ZP, vyžadující vyjádření RL (např. kódy označené v číselnících písmenem “Z” nebo “X”, nebo je od SZZ požadována vyšší úhrada, než je v číselníku). K takto označeným řádkům se musí po validaci dávky dokladů vyjádřit RL VZP (zvýšení úhrady nebo vykázání “Z” nebo “X” položky měl předem povolit). Jejich úhradu nebo zvýšení úhrady může RL povolit nebo odmítnout.

Po validaci následuje postvalidační kontrola, která reviznímu lékaři označí nezvykle vykázané položky nebo jejich mimořádné množství znakem “W”. Znak “W” znamená varování. Upozorňuje RL na jistou pravděpodobnost nesprávného vykázání.

### 1.2.3. Kontrola dokladů revizním lékařem

Vykázání každé speciální položky (zvláštní položka, zvýšení úhrady) musí předem povolit RL. Po validaci dávky dokladů provádí RL následnou kontrolu. RL má právo vyslovit souhlas s proplacením speciální položky, odmítnout proplacení speciální položky, upravit její proplacení na maximální úhradu VZP. Dále RL může, na základě postvalidační

kontroly, případně na základě dalších podnětů, odmítnout libovolnou nesprávně vykázanou položku, a to po dobu uvedenou ve smlouvě. Vyjádření RL může vést k dodatečnému snížení hodnoty dokladu.

#### 1.2.4. Odmítnutí souvisejících dokladů

Pokud je při validaci dávky, nebo při revizní činnosti odmítnut celý doklad, jsou současně odmítnuty navazující doklady vykazující péči na stejné číslo pojištěnce ve stejné odbornosti a se stejným IČP (tzv. indukované odmítnutí dokladu). Výjimku tvoří doklady 05 a 36.

Pokud jsou na stejné číslo pojištěnce vykázané dva doklady 02 a doba pobytu na nich vykázaná se překrývá o více než jeden den, oba doklady 02 se odmítnou.

#### 1.2.5. Odmítnutí dokladu

Pojišťovna odmítne doklad pokud:

- je nečitelný
- je nesprávně nebo neúplně vyplněn
- SZZ v kalendářním roce již předložilo doklad se stejným číslem (duplicitní číslo dokladu) a pokud předkládaný doklad je v původní (ne v opravné) dávce
- se týká pojištěnce jiné pojišťovny
- jsou doklady předloženy ZZ s dosud neuzavřenou nebo neplatnou smlouvou. Výjimkou, která podléhá posouzení RL, je vykázaní neodkladné péče pro pojištěnce VZP v nesmluvním ZZ.
- je na něm vykázána péče nad rámec platné smlouvy (např. nenasmlouvaná odbornost uvedená na dokladu, nenasmlouvaný výkon), pak podléhá schválení RL a Pojišťovna jej může odmítnout
- některá z položek dokladu (diagnóza, odbornost, kód výkonu, léčivého přípravku nebo ZP) není v číselníku nebo není platná k datu vykázaní dávky
- doklad na datovém nosiči má více vět (řádků), než je uvedeno v DR

Specifické důvody pro odmítnutí dokladu jsou popsány u výpočtu hodnoty jednotlivých dokladů.

#### 1.2.6. Odmítnutí nebo změna části dokladu revizním lékařem

- RL má právo odmítnout speciální položku, kterou předem nepovolil.
- RL má právo upravit zvýšenou úhradu, kterou předem nepovolil, na hodnotu maximální úhrady VZP (hodnota MAX v číselníku).
- RL má právo odmítnout nesprávně vykázaný kód výkonu nebo léčivého přípravku.

Odmítnutí speciální položky, zvýšené úhrady, nesprávně vykázaného kódu nebo nenasmlouvaného výkonu vede k dodatečnému snížení hodnoty dokladu.

## 2. Výpočet hodnoty jednotlivých dokladů

### 2.1. Obecná pravidla

Do výpočtu hodnoty dávky dokladů se nezahrnují odmítnuté doklady ani výkony nebo materiály odmítnuté RL.

Výpočet hodnoty jednotlivých dokladů se provádí podle platných číselníků VZP ČR, které vycházejí z legislativy. Při změnách cen předává VZP číselníky svým smluvním partnerům. Ceníkové údaje v číselnících IS VZP mají definovanou dobu platnosti, tzn., že každý ceníkový údaj má uvedenou dobu platnosti od - do.

Smluvní ZZ jsou rozdělena do několika skupin podle druhu hrazení zdravotní péče (DHP). Každý DHP může mít jinou hodnotu bodu. Každé SZZ je zařazeno do jednoho, nebo více DHP. DHP každého SZZ, nebo jeho části, je uveden ve smlouvě a v IS je veden v registru smluvních zařízení (RSZ). Hodnota bodu - **HOD** - pro dané SZZ (jeho část) se zjistí podle DHP (uvedeného pod atributem KOD) z číselníku "Výdajové fondy". Tato hodnota bodu **VFOND.HOD(KOD)** se bere pro výpočet hodnoty dokladu daného SZZ, nebo jeho části:

$$\mathbf{HB} = \mathbf{VFOND.HOD(KOD)}$$

Hodnota dávky, dokladu i řádku dokladu je vyjádřena v korunách (Kč), zdravotní výkony a výkony dopravy jsou navíc ještě ohodnoceny v bodech. Celková hodnota v Kč se rovná vynásobení bodové hodnoty dávky (**bbb**), dokladu nebo řádku, hodnotou bodu pro dané SZZ a DHP (**HB**), platnou v období uzavření dokladu (datum na průvodním listu dávky), přičtenou ke korunové hodnotě dávky (**aaa**), dokladu nebo řádku.

$$\mathbf{Hodnota [Kč]} = \mathbf{aaa [Kč]} + (\mathbf{bbb [bodů]} \times \mathbf{HB [Kč za bod]})$$

Hodnota dávky (**HDA**) je součtem hodnoty všech přijatých dokladů (**HDO**).

$$\mathbf{HDA} = \sum \mathbf{HDO}$$

Hodnota dokladu (**HDO**) je součtem hodnoty všech řádků (**HŘ**) plus zvláštní příplatky za doklad (**ZPDO**). Zvláštní příplatky za doklad jsou paušál za léky v hospitalizaci a příplatek za kategorii pacienta v hospitalizaci.

$$\mathbf{HDO} = \sum \mathbf{HŘ} + \mathbf{ZPDO}$$

Hodnota řádku závisí na dokladu. Obecně je součinem množství (**POČET**) s hodnotou v Kč (**HKč**) a hodnotou v bodech (**BOD**) kódu z příslušného číselníku, platného v období (obd) z průvodního listu dávky, vynásobenou hodnotou bodu (**HB**).

$$\mathbf{HŘ} = \mathbf{POČET} \times \mathbf{HKč(kod,obd)} + ((\mathbf{POČET} \times \mathbf{BOD(kod,obd)}) \times \mathbf{HB(obd)})$$

Při všech výpočtech IS zaokrouhluje na dvě desetinná místa. Číslice 5, 6, 7, 8 a 9 na třetím desetinném místě jsou zaokrouhleny nahoru, číslice 1, 2, 3 a 4 dolů.

Pro ohodnocení dokladů dále platí následující pravidla:

- Jednotlivé řádky dokladů jsou ohodnoceny podle sazeb v Kč a v bodech, platných ke dni poskytnutí péče (datum na řádku dokladu vyplněné podle Metodiky, datum podání zvlášť účtovaného léčivého přípravku).

- K ohodnocení dokladu se použije hodnota bodu, platná v období uzavření dokladu (období v hlavičce dávky) pro dané SZZ. Uzavřením dokladu pro tento účel se rozumí datum propuštění na dokladech 02 a 02s, na ostatních dokladech datum posledního výkonu.
- Pokud je pravidlo pro ohodnocení řádku nebo dokladu složitější, je pro jeho popis použita následující notace:

**Pokud** <je splněna podmínka 1> **potom**  
<provede se výpočet 1>  
**Pokud** <je splněna podmínka 2> **potom**  
<provede se výpočet 2>  
.  
.  
[**Jinak**  
< provede se výpočet i>  
**Konec**]

Symbolická jména proměnných (atributů, polí) použitá v tomto materiálu jsou stejná jako v datovém rozhraní VZP ČR - číselníků nebo individuálních dokladů, označení číselníků je zkráceno. Pro výpočet hodnoty dokladů je použito následující označení číselníků, registrů a konstant:

DOPR - Doprava  
DVYK - Cenová pásma  
HB - Hodnota bodu - je pro dané SZZ nebo jeho část nasmlouvána a v jednotlivých čtvrtletích je konstantou.  
IVLP - Individuálně připravované léčivé přípravky a výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka  
JDG4 - Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 v datovém rozhraní JDG4  
KAP - Kategorie pacienta  
KATSR - Kategorie subjektu pro režii OD  
LEKY - Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely  
LOKA - Lokalizace  
ODB - Odbornosti  
OME0 - Preskripční omezení  
RSZ - Registr smluvních zdravotnických zařízení  
STOMAG- Stomatologické výrobky  
STOVY - Výkony s povinnou lokalizací zubu  
UKLE - Ukončení léčení  
VFOND- Výdajové fondy  
VYK - Zdravotní výkony  
ZP - Zdravotnické prostředky

Pro popis jednotlivých proměnných je používána následující notace:

AA.BB.CC(DD)

kde:

AA je označení (symbolické jméno) číselníku nebo registru

- BB je označení řádku v číselníku nebo registru  
 CC je označení sloupce v číselníku  
 DD znamená platnost hodnoty v číselníku nebo registru k uvedenému datu

Příklad:

LEKY.KOD.MFC(datum)

znamená hodnotu atributu (sloupce v číselníku) s označením MFC (konečná cena - dříve regulovaná cena ministerstva financí) pro uvedený KÓD v číselníku LEKY, který je platný pro uvedené datum.

Z důvodu přehlednosti, pokud je z kontextu zřejmý význam, je pro popis výpočtu hodnoty nebo úhrady použito zkrácené označení atributu (zkratky), pro uvedený příklad je zkratka MFC.

Pro výpočet hodnoty řádku dokladů 03, receptu a poukazů výraz  $\min(x, y, z)$  znamená nejmenší hodnotu z hodnot  $x$ ,  $y$  a  $z$ .

Označení  $\diamond$  značí nerovnost, např.: Výraz PZT.KOD.UPO  $\diamond$  "I" znamená, že sloupec UPO (úhrada pojišťovnou) pro daný KOD v číselníku PZT je vyplněn a není roven "I" znamenající v tomto příkladu plnou úhradu pojišťovnou (může obsahovat jinou hodnotu).

Kontroly, souhrnně popsané v části 1.2.2, jsou detailně rozepsány v dalším textu v popisu ohodnocení jednotlivých dokladů.

Kontrola na existenci kódu znamená porovnání, zda některý kód v příslušném číselníku má stejnou hodnotu, jako má hodnota atributu na dokladu. Např. zda číslo výkonu "01024" vykázané na dokladu existuje v číselníku "Zdravotní výkony".

Při výpočtu hodnoty IS rozlišuje, zda je atribut vyplněn hodnotou, vyplněn nulovou hodnotou (hodnota = 0 nebo 0,00), nebo zda hodnota není uvedena (hodnota = NULL), a to jak v číselnících, tak na dokladech.

V tabulkách u jednotlivých dokladů je v záhlaví uvedeno symbolické jméno (označení) atributu z dokladu podle datového rozhraní příslušného číselníku. Pro označení, zda a jak je vyplněna hodnota atributu v dokladech nebo číselnících, je použita následující symbolika:

- "+" znamená, že atribut je vyplněn nějakou hodnotou
- " " znamená, že atribut není při výpočtu hodnoty uvažován
- "A" znamená, že atribut je vyplněn hodnotou A
- "NULL" nebo "-" znamená, že atribut není vyplněn

## 2.2. Vyúčtování dokladů

### 2.2.01. Vyúčtování výkonů v ambulantní péči

#### Atributy z hlavičky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
HICO	- IČZ.IČP SZZ / na existenci v registru RSZ / na platnost smlouvy v RSZ	E
HROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
HZDG	- základní diagnóza / na existenci v je-li v položce ZNA číselníku JDG4 uvedena "*"	E
HODB	- odbornost v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB / na existenci IČZ.IČP.ODB v RSZ	E
GCIS	- ostatní diagnózy / na existenci v číselníku JDG4	E

#### Atributy z řádku dokladu

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
V DAT	- datum provedení / patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E
VKOD	- číslo výkonu / platnost v číselníku VYK podle data provedení / na zvláštní položku v číselníku VYK.KOD.KAT = "Z" / nasmlouvaný výkon v RSZ.IČZ.IČP.KODV	E S S
VPOC	- počet provedení daného výkonu (pokud neuveden = 1)	
VODB	- řádková odbornost / na existenci v číselníku ODB a IČP.ODB v RSZ	E
VDIA	- řádková diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 - je-li v položce ZNA uvedena "*"	E

#### Atributy z číselníků

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
VYK.KOD.BOD	BOD	- počet bodů za výkon podle data provedení
VYK.KOD.PMAT	PMAT	- počet Kč za výkon podle data provedení
VYK.KOD.PJP	PJP	- příznak výkonu
JDG4.KOD	KOD	- kód diagnózy
JDG4.ZNA	ZNA	- Znak pro hvězdičkovou diagnózu
VFOND.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky

#### Atributy z registrů

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ.IČP	- pracoviště IČZ smluvního zařízení
RSZ.IČZ.IČP.ODB	- nasmlouvaná odbornost na pracovišti SZZ
RSZ.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo výkonu na pracovišti SZZ
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

#### Omezení

VYK.KOD.OME = "H" - výkon na tomto dokladu VZP nehradí

VYK.KOD.KAT = "N" - výkon VZP nehradí

VYK.KOD.KAT = "Z" - výkon podléhá schválení RL VZP

**Výpočet hodnoty**

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘÁDKU - HŘ	VPOC x (BOD x HB) + VPOC x PMAT	Pozn. 1, 2
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	
DÁVKY - HDA	Σ HDO + Σ HDO03	Pozn. 3

Pozn. 1.: Hodnota BOD a PMAT platná k datu provedení.

Pozn. 2.: Pro SZZ s nasmlouvanou KKVP, pro registrovaného pojištěnce, pro následující hlavičkové odbornosti HODB a hodnotu atributu PJP je HŘ = "0"

Odbornost	PJP
001	"0", "1", "4", "5"
002	"0", "2", "4", "6"

Pozn. 3.: Doklady 03 (03s) tvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01, 02 (01s, 02s) nebo 06. Hodnota připojených dokladů 03 (03s) - HDO03 - se k těmto dávkám připočítává (výpočet jejich hodnoty viz dále v kapitole 2.2.03, 2.2.03s).

**2.2.01s. Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči**

Pro kontroly jsou použity stejné atributy jako na dokladu 01, navíc následující atributy týkající se lokalizace výkonu. Pokud je číslo výkonu v číselníku "Výkony s povinnou lokalizací zubu" a pokud má v číselníku předepsáno povinné vyplnění kvadrantu nebo zubu, kontroluje se hodnota vykázaného kvadrantu nebo zubu na existenci v číselníku "Lokalizace".

**Atributy z řádku dokladu**

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VKOD	- číslo výkonu / pokud existuje v číselníku STOVY, kontroluje se povinné vyplnění dalších atributů:	
VKVA	- kód kvadrantu / pokud STOVY.KOD.KVA = "A" / na existenci v číselníku LOKA pro KZP="K"	E
VZUB	- kód zubu / pokud STOVY.KOD.ZUB = "A" / na existenci v číselníku LOKA pro KZP="Z"	E

**Atributy z číselníků**

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
STOVY.KOD.KVA	-	Kód kvadrantu
STOVY.KOD.ZUB	-	Kód zubu
LOKA.KZP.KVA	-	Kód kvadrantu
LOKA.KZP.ZUB	-	Kód zubu

**Výpočet hodnoty**

Ohodnocení řádku, dokladu a dávky je stejné jako u dokladu 01.

**2.2.02. Vyúčtování výkonů v ústavní péči****Atributy z hlavičky dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- IČZ.IČP SZZ / na existenci v registru RSZ	E
	/ na platnost smlouvy v RSZ	E
HROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
HZDG	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4	E
	je-li v položce ZNA uvedena "*"	
HODB	- odbornost v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB	E
	/ na existenci IČZ.IČP v RSZ	E
GCIS	- ostatní diagnózy / na existenci v číselníku JDG4	E
KTYP	- druh kategorie pacienta / na číselník KAP	E
KDNI(i)	- počet dní v kategorii i	
HKON	- ukončení léčení / existenci v číselníku UKLE	E

**Atributy z řádku dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
VDAT	- datum provedení / patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E
VKOD	- číslo výkonu / platnost v číselníku VYK podle data provedení	E
	/ na zvláštní položku v číselníku VYK.KOD.KAT = "Z"	S
	/ nasmlouvaný výkon v RSZ.IČZ.IČP.KODV	S
VPOC	- počet provedení daného výkonu (pokud neuveden = 1)	
VODB	- řádková odbornost / na existenci v číselníku ODB a IČZ.IČP.ODB	E

**Atributy z číselníků**

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
ODB.KOD.PH1	PH1	- hodnota hospitalizačního paušálu z číselníku ODB podle data v hlavičce dávky
VYK.KOD.BOD	BOD	- počet bodů za výkon podle data provedení
VYK.KOD.BODR	BODR	- body za režii přiřazené k danému číslu výkonu
DVYK.KOD.ABOD	ABOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu A
DVYK.KOD.BBOD	BBOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu B
DVYK.KOD.CBOD	CBOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu C
DVYK.KOD.DBOD	DBOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu D
DVYK.KOD.EBOD	EBOD	- body za výkony agregované do OD v pásmu E
KAP.POD(i)	POD	- příplatek k ošetřovacímu dni hospitalizace pro kategorii pacienta "i" v bodech



<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
JDG4 .KOD		- kód diagnózy
VFOND.KOD.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky
UKLE.KOD		- ukončení léčení
DVYK.PDNU	a, b, c, d, e	- maximální počet dnů v jednotlivých pásmech (pokud PDNU <> "0" počet dnů v pásmu není omezen )
DVYK.SAZ	BODA až BODE	- bodová hodnota OD v jednotlivých pásmech u sestupné sazby Pokud DVYK.OZN = "1", "2", "3", "4" nebo "5"
DVYK.SAZ	BODON	- bodová hodnota OD u nesestupné sazby Pokud DVYK.OZN = "1" a DVYK.PDNU = "0"

### Atributy z registrů

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ.IČP	- pracoviště IČZ smluvního zařízení
RSZ.IČZ.IČP.ODB	- nasmlouvaná odbornost na pracovišti SZZ
RSZ.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo výkonu na pracovišti SZZ
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

### Omezení

VYK.KOD.OME = "A" - výkon na tomto dokladu VZP nehradí

VYK.KOD.KAT = "N" - výkon VZP nehradí

VYK.KOD.KAT = "Z" - výkon podléhá schválení RL VZP

Pokud HKON = "0", den přijetí a den propuštění se počítají v IS jako dva ošetřovací dny (OD). Počet OD v tomto případě nesmí být větší než doba hospitalizace (tj. rozdíl data propuštění a data přijetí) plus jeden den.

Pokud HKON = "7" nebo "8" a doba hospitalizace je rovna = 0, počet OD je potom 1.

Pokud HKON má jinou hodnotu, den přijetí a den propuštění se počítají dohromady jako jeden OD. Počet OD pak nesmí být větší než doba hospitalizace.

Součet počtu dnů vykázaných v kategoriích 1 až 5 KDNI(i) (viz dále výpočet PKP) a počtu vykázaných propustek nesmí být větší než doba hospitalizace. Pokud HKON = "0", (a "7" nebo "8" a doba hospitalizace je rovna 0), nesmí být tento součet větší než doba hospitalizace + jeden den.

### Výpočet hodnoty

<b>HODNOTA</b>	<b>ÚHRADA</b>	<b>POZNÁMKA</b>
ŘÁDKU - HŘ	VPOC x (BOD x HB) + VPOC x PMAT	Pozn. 1
DOKLADU - HDO	Σ HŘ + ZPDO	Pozn. 2
DÁVKY - HDA	Σ HDO + Σ HDO03	Pozn. 3

Pozn. 1.: Hodnota BOD platná k datu provedení. Pokud datum výkonu na řádku není vyplněno, bere se jako datum provedení datum předchozího řádku, a pokud není vyplněno datum prvního řádku, pak datum začátku hospitalizace. Pokud je na řádku dokladu uveden výkon, znamenající OD v sestupné platbě, je výpočet hodnoty HSOD těchto OD popsán v kapitole 2.2.02.1.

Pozn. 2.: Zvláštní příplatek za doklad ZPDO je součtem hospitalizačního paušálu HP a příplatku za kategorii pacienta PKP.

Výpočet hospitalizačního paušálu HP je uveden v kapitole 2.2.02.3.

Příplatek na kategorii pacienta PKP je součtem počtu dnů v jednotlivých kategoriích (vyplněných na dokladu) vynásobeným počtem bodů za kategorii (z číselníku kategorie pacienta), vynásobený hodnotou bodu.

$$PKP = \sum_{i=1}^5 (KDNI(i) \times KAP.POD(i) \times HB)$$

Výpočet OD v sestupné sazbě je uveden v kap. 2.2.02.1, výpočet OD nepodléhajících sestupné sazbě v kap. 2.2.02.2.

Pozn. 3.: Doklady 03 (03s) netvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01, 02 (01s, 02s), nebo 06. Hodnota připojených dokladů 03 (03s) - HDO03 - se k těmto dávkám připočítává (výpočet viz dále v kapitole 2.2.03, 2.2.03s).

V návaznosti na změnu Metodiky vykazování VZP se vykazuje doklad vyúčtování výkonů v ústavní péči (doklad 02) samostatně pro každou hlavičkovou odbornost (viz Metodika).

Na dokladu 02 mohou být spolu vykázaný kódy s významem pobytový den jedné hlavičkové odbornosti. Při vykazování intenzivní péče nelze vykazovat pacienta na propustce.

Z toho vyplývají omezení, která jsou kontrolována ve validačním programu. Za dobu hospitalizace je považován rozdíl mezi datem propuštění a datem přijetí, je-li datum přijetí rovno datu propuštění, pak je doba hospitalizace jeden den.

Při vykazování standardní péče (kódy odbornosti standardní lůžkové péče) je doklad odmítnut, pokud:

- jsou na dokladu vykázaný výkony s hodnotou atributu OME="Y"
- doba hospitalizace je menší než součet kódů s atributem OME= "D" a "P" (standardní OD, OD se sestupnou sazbou a pobyt na propustce)
- doba hospitalizace je menší než součet kódů s atributem OME="M" a "P" (OD doprovodu a pobyt na propustce)
- součet dnů v kategorii 1 až 5 a počet kódů s atributem OME="P" je větší než doba hospitalizace
- Pokud je pojištěnec první tři dny, nebo poslední tři dny doby pobytu na propustce (je vykázan kód s atributem OME="P"), je doklad předložen RL VZP k posouzení.

Při vykazování intenzivní péče (kódy odbornosti intenzivní lůžkové péče) je doklad odmítnut, pokud:

- jsou na dokladu vykázaný výkony s hodnotou atributu OME="P"
- je v jeden den vykázano více než jeden výkon s hodnotou atributu OME="Y"

- počet pobytových dnů s atributem OME="Y" je větší, nebo roven době hospitalizace
- doba hospitalizace je menší než počet pobytových dnů s atributem OME="M" (OD doprovodu).

### 2.2.02s. Vyúčtování výkonů ve stomatologické ústavní péči

Pro kontroly jsou použity stejné atributy jako na dokladu 02. Navíc se kontrolují atributy týkající se lokalizace výkonu popsané v kapitole 2.2.01s.

#### 2.2.02.1. Výpočet hodnoty ošetrovacích dnů v sestupné platbě

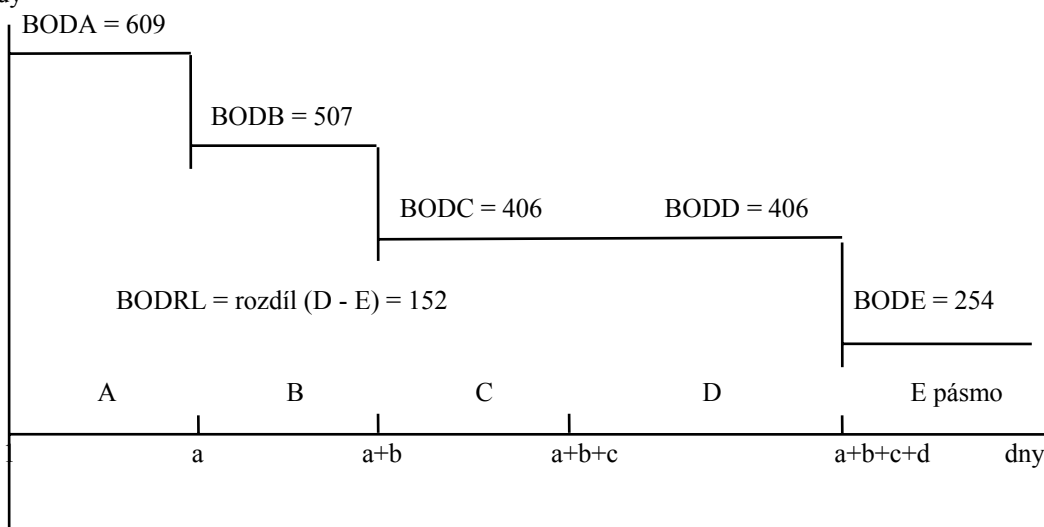
Následující schéma je uvedeno pro kód výkonu s hodnotou atributu OME="D" a pro doklad 02. Doklad začíná kódem 00880 (nová - prvotní hospitalizace, ne pokračující hospitalizace). Schéma a dále uvedený výpočet platí pro léčení započaté i ukončené na jednom dokladu 02, s jednou hlavičkovou odborností. Přeložení pojištěnce a pokračování hospitalizace je popsáno dále.

Výpočet sestupné platby za OD se týká jeho vlastní bodové hodnoty a bodové hodnoty výkonů do OD agregovaných.

V číselníku "VYK" je bodová hodnota výkonů OD vyplněna hodnotou 0.

Úhrada ošetrovacích dnů s jinými hodnotami atributu OME nezávisí na délce hospitalizace.

Body



#### Výpočet bodové hodnoty ošetrovacích dnů (OD)

Bodová hodnota výkonu s významem OD, kterého se týká sestupná platba, vykázaného na dokladu 02, není konstantní, s počtem dnů hospitalizace klesá podle výše uvedeného schématu. Prvních a vykázaných dnů v pásmu A má bodovou hodnotu BODA bodů, dalších b dnů má bodovou hodnotu BODB bodů, následujících c dnů v pásmu C má bodovou hodnotu BODC bodů a dalších d dnů v pásmu D má bodovou hodnotu BODD bodů. Zbývajících e dnů v pásmu E (do konce hospitalizace) má bodovou hodnotu BODE bodů. Bodová hodnota pro jednotlivá časová pásma je v číselníku "Cenová pásma".

Počty dnů v pásmu A, B, C a D závisí na průměrné délce hospitalizace (PDH) a jsou dány kódem odbornosti lůžkového oddělení ve smlouvě. Orientační délky jednotlivých pásem jsou

uvedeny v číselníku “Cenová pásma”. Konkrétní hodnoty musí být uvedeny ve smlouvě se SZZ.

Počet dnů v pásmu E není omezen.

O dny, kdy pojištěnec byl na propustce, se krátí počet OD v jednotlivých pásmech v sestupné platbě podle kalendářního data vykázané propustky.

### Rozdělení doby hospitalizace do pásem a výpočet hodnoty OD v sestupné sazbě

IS rozdělí vykázanou dobu hospitalizace do pěti pásem. Za první část vykázaných dnů hospitalizace až do počtu **a** (OD v pásmu A) je bodová hodnota OD **BODA**, za každý z dalších vykázaných dnů do počtu **a+b** je bodová hodnota OD **BODB**, za další vykázané dny až do počtu **a+b+c** je bodová hodnota OD **BODC**, za další dny do **a+b+c+d** dnů je hodnota OD **BODD** a za zbývající dny přes **a+b+c+d** dnů je bodová hodnota **BODE**.

Celkový počet OD jednoho kódu podléhajícího sestupné sazbě na jednom dokladu je označen **PODS**, počet OD v pásmu **i** je označen **PODi**.

Za dny, kdy byl pojištěnec na propustce, vykázané kódem 00098 nebo 00099 (na třetí pozici doplněné o kategorii lůžkového ZZ), pojišťovna nehradí OD v příslušném pásmu, hradí pouze hospitalizační paušál na léky. IS proto dále zjistí, podle kalendářních dat u výkonů s kódem 00098 nebo 00099, počet dnů, kdy byl pojištěnec na propustce (**PODPRi**) a přiřadí je do jednotlivých pásem - **PODPRA**, **PODPRB**, **PODPRC**, **PODPRD** a **PODPRE**. Pokud pojištěnec nebyl v době hospitalizace ani jeden den na propustce, **PODPRi = 0**.

IS pro kód OD, který má hodnotu atributu OME=“D”, pro hlavičkovou odbornost dokladu podle počtu vykázaných OD a propustek rozdělí OD v sestupné platbě pro celou dobu hospitalizace do jednotlivých pásem:

- pro první dny hospitalizace je počet OD v pásmu A (**PODA**):

pokud  $PODS \geq a$ ,  $PODA = a - PODPRA$ ,

pokud  $PODS < a$

pokud  $PODS \geq (a - PODPRA)$ ,  $PODA = a - PODPRA$

pokud  $PODS < (a - PODPRA)$ ,  $PODA = PODS - PODPRA$

- pro další dny je počet OD v pásmu B (**PODB**):

pokud  $(PODS - PODA) = 0$ ,  $PODB = 0$

pokud  $(PODS - PODA) \geq b$ ,  $PODB = b - PODPRB$ ,

pokud  $(PODS - PODA) < b$ ,  $PODB = PODS - PODA$

- pro další dny je počet OD v pásmu C (**PODC**):

pokud  $(PODS - PODA - PODB) = 0$ ,  $PODC = 0$

pokud  $(PODS - PODA - PODB) \geq c$ ,  $PODC = c - PODPRC$ ,

pokud  $(PODS - PODA - PODB) < c$ ,  $PODC = PODS - PODA - PODB$

- pro další dny je počet OD v pásmu D (**PODD**):

pokud  $(PODS - PODA - PODB - PODC) = 0$ ,  $PODD = 0$

pokud  $(PODS - PODA - PODB - PODC) \geq d$ ,  $PODD = d - PODPRD$ ,

pokud  $(PODS - PODA - PODB - PODC) < d$ ,  $PODD = PODS - PODA - PODB - PODC$

- pro zbylé dny, pokud budou vykázané, je počet OD v pásmu E (**PODE**):

pokud  $(PODS - PODA - PODB - PODC - PODD) = 0$ ,  $PODE = 0$

pokud  $(PODS - PODA - PODB - PODC - PODD) > 0$ ,

$PODE = PODS - PODA - PODB - PODC - PODD$

Hodnota všech OD jednoho kódu v sestupné platbě (**HSOD**) na dokladu je potom součtem bodové hodnoty tohoto kódu za všechna pásma vynásobeným hodnotou bodu (**HB**).

$$\mathbf{HSOD} = [(\mathbf{PODA} \times \mathbf{BODA}) + (\mathbf{PODB} \times \mathbf{BODB}) + (\mathbf{PODC} \times \mathbf{BODC}) + (\mathbf{PODD} \times \mathbf{BODD}) + (\mathbf{PODE} \times \mathbf{BODE})] \times \mathbf{HB}$$

Revizní lékař může pro konkrétního pojištěnce, tj pro jeden doklad, prodloužit počet OD v pásmu D (na úkor OD v pásmu E, BODRL = rozdíl bodových hodnot OD v pásmu D a E ve schématu). Toto prodloužení vykazuje SZZ kódem prodloužení z číselníku "Zdravotní výkony".

V případě, že pojištěnec byl na propustce v době spadající do pásma A, B, C nebo D, RL VZP nesmí prodloužit počet OD v pásmu D.

Při změně hodnot v číselnících resp. ve smlouvě (průměrná doba hospitalizace, počet dnů v jednotlivých pásmech, bodová hodnota v jednotlivých pásmech) se doklady, na kterých část vykázaných ošetrovacích dnů spadá do doby platnosti jedné verze číselníků (smlouvy) a část do doby platnosti druhé, vyhodnocují takto:

- První část OD se vyhodnotí podle hodnot uvedených v první verzi číselníků.
- Druhá část OD podle hodnot uvedených v druhé verzi číselníků. První den (a další dny) druhé části se vyhodnotí tak, jako by od počátku hospitalizace uplynula doba odpovídající počtu vykázaných dnů v první části.

### **Nová a pokračující hospitalizace**

Případy, kdy je pacient přeložen z oddělení jedné odbornosti na oddělení jiné odbornosti a zpět, nebo kdy je jako nedolčený propuštěn a za několik dní je na totéž oddělení znovu přijat, se řeší jako pokračování předchozí hospitalizace takto:

- Za každou část takto rozdělené hospitalizace v jednom smluvním zařízení IČZ vystaví zvláštní hospitalizační účet. Stejně tak, pokud je přeložen v rámci oddělení na JIP, případně zpět.
- V číselníku výkonů jsou zavedeny dva zvláštní kódy:
  - kód 00880, znamenající novou hospitalizaci a
  - kód 00881 s významem pokračující hospitalizace.
- Každý doklad začíná kódem 00880, nebo kódem 00881. Kód 00881 s vyplněným počtem provedení.
- Hospitalizační účet začínající kódem 00880, který znamená, že jde o novou hospitalizaci, a výpočet sestupné hodnoty OD začíná pásmem A (dále označujeme doklad jako prvotní).
- Počet provedení na dokladu u kódu 00880 se neuvažuje.
- Pokud hospitalizační účet začíná kódem 00881, znamená to, že jde o pokračování hospitalizace.
- Počet provedení, uvedený na dokladu u kódu 00881, znamená, že v oboru, do kterého patří hlavičková odbornost, již bylo z průměrné délky hospitalizace vyčerpáno na předcházejícím(cích) dokladu(ech) tolik dní, kolik je uvedeno u tohoto kódu v počtu provedení. Aplikace bude vyhodnocovat pokračovací doklad v sestupné sazbě tak, že první a další dny budou ohodnoceny buď v pásmu A, B, C, D nebo E, podle toho, kolik dnů je uvedeno v položce Počet provedení na dokladu (od Počet provedení + 1).
- Pokud u kódu 00881 není vyplněn Počet provedení, doklad se neodmítne, ale všechny OD na dokladu se hradí v pásmu E.
- Pokud není na dokladu uveden ani kód 00880, ani 00881, doklad se neodmítne, ale všechny OD na dokladu se hradí v pásmu E.

- Pokud je pacient přeložen z oddělení jedné odbornosti na oddělení odbornosti spadající do jiného oboru, hospitalizační účet z tohoto oddělení druhé odbornosti začíná kódem 00880 (prvotní) a výpočet sestupné hodnoty OD začíná pásmem A.
- V případě dalšího přeložení zpět na oddělení první odbornosti hospitalizační účet začíná kódem 00881 (pokračovací) a výpočet úhrady sestupné platby začíná v pásmu podle uvedeného počtu provedení kódu 00881 a PDH.

Stěží lze zajistit, aby SZZ předložilo takto svázané hospitalizační účty v jedné dávce, a provést kontroly do termínu splatnosti faktury. Proto ÚP VZP provede po bodové uzávěrce a po vyjádření RL kontrolu na pokračující hospitalizaci pojištěnců. Doklady, které SZZ vykázalo jako novou hospitalizaci a které ve skutečnosti znamenají pokračování hospitalizace a naopak, ÚP přepočte, o tomto přepočtu vystaví protokol a obvyklým způsobem provede doučtování:

- Doplacení pokračovacích účtů za hospitalizaci, pokud na začátku hospitalizace byl nárok na vyšší úhradu.
- Vystavení výzvy k zaplacení, pokud byl účet neoprávněně označen kódem 00880 jako nová hospitalizace, nebo vyznačen nižší počet provedení u kódu 00881.
- Předmětem kontroly jsou alespoň dva doklady 02, vykázané na jednoho pojištěnce, s hlavičkovými odbornostmi jednoho oboru, kdy další doklad začíná do 28 dnů po uzavření předchozího dokladu.

#### **2.2.02.2. Výpočet hodnoty ošetrovacích dnů v nesestupné platbě**

Celkový počet OD jednoho kódu nepodléhajícího sestupné platbě na 1 dokladu je označen PODN. Pro tyto kódy platí bodová hodnota BODON.

Hodnota všech OD jednoho kódu v nepodléhajícího sestupné platbě (**HNOD**) na dokladu je potom součtem bodové hodnoty těchto OD vynásobeným hodnotou bodu (**HB**).

$$\mathbf{HNOD = (PODN \times BODON) \times HB}$$

#### **2.2.02.3. Výpočet paušálů za léky**

Do validačního programu je zařazen výpočet paušálů za léčivé přípravky. Paušál je počítán pro doklady 02 a 02s a je uložen jako informace ke každé dávce a dokladu. Hodnota paušálu je na dokladu zaokrouhlena podle obecných pravidel. Ke každému dokladu je uložen základní paušál a jeho smluvní koeficient. Smluvní koeficient je standardně 1.00, jiná individuální hodnota musí být předem stanovena VZP a zařazena do smlouvy.

Pro doklad 02 a 02s je počítán hospitalizační paušál za léčivé přípravky podle následujícího algoritmu:

Paušál na léky je vázán na vykázané výkony s hodnotou atributu **OME = "D"** a **"P"**, tj. počítá se za některé ošetrovací dny (dále jen OD) a za dny na propustce. Tyto kódy dále nazýváme pobytovými dny.

$$\mathbf{HP = POVPD \times ODB.KOD.PH1(DATUM) \times RSZ.IČZ.ODB.KHP(DATUM)}$$

kde značí

**HP** ... hospitalizační paušál za léčivé přípravky na dokladu

**POVPD** ... počet výkonů s významem pobytový den v lůžkovém SZZ, vykázaných na dokladu 02 nebo 02s

**ODB.KOD.PH1(DATUM)** ... hodnotu hospitalizačního paušálu pro pobytový den v dané hlavičkové odbornosti

**RSZ.IČZ.ODB.KHP(DATUM)** ... koeficient hospitalizačního paušálu, nasmlouvaný pro danou odbornost se SZZ.

### 2.2.03. Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP

Doklad "03" lze připojit pouze k výkonovým dokladům 01, 02 a 06. Na dokladu 03 se vykazují současně zvlášť účtované léčivé přípravky (skupina 1 – LEKY, skupina 2 – IVLP) a zvlášť účtované materiály (skupina 3 – ZP). Pravidla pro výpočet úhrady pro jednotlivé skupiny se liší, proto jsou dále uvedena odděleně.

#### Atributy z průvodního listu dávky

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
DTYP	- Typ dávky	

#### Atributy z hlavičky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- IČZ.IČZ SZZ / na existenci v registru RSZ	E
	/ na platnost smlouvy v RSZ	E
HROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
HODB	- odbornost v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB	E
	/ na existenci IČZ.IČP.ODB v RSZ	E

#### Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
LDAT	- datum podání léčivého přípravku nebo ZP/ patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E
LTPR	- skupina léčivých přípravků nebo ZP /povolena hodnota 1 až 3	E
LKOD	- kód léčivého přípravku nebo ZP / platnost v příslušném číselníku podle data podání na řádku dokladu	E
LMNO	- množství podaného léčivého přípravku nebo ZP	W
LFIN	- cena za množství podaného léčivého přípravku nebo ZP	

#### Atributy z číselníků

Podle skupiny léčivých přípravků a ZP se pro ohodnocení řádků dokladu používají číselníky:

skupina 1	LEKY -	Číselník hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely
skupina 2	IVLP -	Číselník individuálně vyráběných léčivých přípravků
skupina 3	PZT -	Číselník zdravotnické prostředky

Atributy těchto číselníků jsou uvedeny dále, pro jednotlivé skupiny.

### Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RSZ.IČZ.IČP	- pracoviště IČZ smluvního zařízení
RSZ.IČZ.IČP.ODB	- nasmlouvaná odbornost na pracovišti SZZ
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

### Hodnota dokladu

Počítá se podle následující tabulky pro všechny skupiny léčivých přípravků a ZP na dokladu 03. Pravidla pro ohodnocení řádku dokladu se liší pro jednotlivé skupiny léčivých přípravků a ZP a jsou uvedena dále v samostatných částech.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	Pozn. 1
DÁVKY - HDA		Pozn. 2

Pozn. 1.: Úhrada dokladu je součtem úhrady za jednotlivé řádky a je uvedena v následujících tabulkách.

Pozn. 2.: Doklady 03 netvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01, 02, nebo 06. Hodnota připojených dokladů 03 se k těmto dávkám připočítává jako HDO03.

Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 1 - LEKY

### Atributy z číselníku LEKY

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
LEKY.KOD.UPO	UPO	- plná nebo částečná úhrada ("I", "N", NULL)
LEKY.KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
LEKY.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP
LEKY.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
LEKY.KOD.OME	OME	- preskripční omezení
LEKY.KOD.PRO	PRO	Indikační omezení
LEKY.KOD.LIM	LIM	- limit (Z, L, H, X, O, K, T, U, B)

Pokud je vyplněna alespoň jedna z cen MAX nebo MFC, je hodnota řádku pro LEKY na tomto dokladu limitována touto cenou.

LFIN	MAX	MFC	ÚHRADA
+	+	+	min(LFIN, MAXxLMNO, MFCxLMNO)
		NULL	min(LFIN, MAXxLMNO)
	NULL	+	min(LFIN, MFCxLMNO)
			Pokud LFIN > MAX, nebo MAX neuvedeno v číselníku, podléhá schválení RL



Standardní úhrada řádku **SHŘ** je podle následujícího postupu přiznána, dána ke schválení RL (řádek dokladu je označen symbolem “S”), dána na vědomí RL (řádek dokladu, který je označen symbolem “W”) nebo je řádek dokladu odmítnut (řádek dokladu je označen symbolem “E”). Dále je zapotřebí pro tuto část zavést některé pojmy:

... Dále je zapotřebí pro tuto část zavést některé pojmy:

- **OLÚ** vykazuje doklad 03 v dávce 99 (**DTYP** = 99) s hlavičkovou odborností dokladu **HODB** = \_U\_
- ošetřovací lůžko **OŠL** se pozná tak, že vykazuje doklad 03 v dávce 99 s hlavičkovou odborností dokladu **HODB** = 9\_9
- **Intenzivní péče** vykazuje ZULP na dokladu 03 v dávce 99 s hlavičkovou odborností dokladu **HODB** = \_I\_, \_T\_
- **Standardní lůžková péče** vykazuje doklad 03 v dávce 99 s hlavičkovou odborností dokladu **HODB** = \_H\_, nebo \_F\_
- **Ambulantní péče** vykazuje doklad 03 v dávce 90, nebo 98 s hlavičkovou odborností dokladu, která nemá na prostřední pozici písmeno,
- **Doklad 03 vykázáný v dávce 82** se ohodnotí jako vykázáný ve standardní lůžková péči (hospitalizační),
- **Doklad 03 vykázáný v dávce 90** s hospitalizační odborností žadatele i poskytovatele se ohodnotí jako vykázáný ve standardní lůžková péči (hospitalizační),
- **Doklad 03 vykázáný v dávce 90** s odborností intenzivní péče žadatele i poskytovatele se ohodnotí jako vykázáný v intenzivní péči,
- **Doklad 03 vykázáný v dávce 99** s odborností žadatele 9U7 (LDN) se ohodnotí jako vykázáný ve standardní lůžková péči (hospitalizační).

### Postup přiznání úhrady

**Pokud** LFIN > MAX nebo MAX = NULL, **potom**  
HŘ = LFIN, řádek se označí “S”

**Pokud** UPO = “N”, **potom**  
HŘ = 0,00 Kč, “E”

**Pokud** LIM = “”, “Z”, “L” nebo “H”, **potom**  
HŘ = 0,00 Kč, “E”

**Pokud** LIM = “X”, **potom**  
**Pokud** dávka není 99 (hospitalizační), **potom**  
HŘ = 0,00 Kč, “E”  
**Pokud** dávka je 99 (hospitalizační), **potom**  
**Pokud** dávka přišla z OLU nebo OŠL, **potom**  
HŘ = 0,00 Kč, “E”  
**Pokud** dávka nepřišla z OLU nebo OŠL, **potom**  
HŘ = SHŘ, “S”

**Pokud** LIM = “O”, **potom**  
**Pokud** dávka není 99 (hospitalizační), **potom**  
HŘ = SHŘ  
**Pokud** dávka je 99 (hospitalizační), **potom**  
HŘ = 0,00 Kč, “E”

**Pokud LIM = "K", potom****Pokud** dávka není 99 (hospitalizační), **potom**

HŘ = SHŘ

**Pokud** dávka je 99 (hospitalizační), **potom****Pokud** dávka přišla z OLU nebo OŠL nebo z intenzivní péče, **potom**

HŘ = 0,00 Kč, "E"

**Pokud** dávka nepřišla z OLU nebo OŠL nebo intenzivní péče, **potom**

HŘ = SHŘ

**Pokud LIM = "T", potom****Pokud** dávka není 99 (hospitalizační), **potom**

HŘ = 0,00 Kč, "E"

**Pokud** dávka je 99 (hospitalizační), **potom****Pokud** dávka přišla z intenzivní péče, **potom**

HŘ = SHŘ

**Pokud** dávka nepřišla z intenzivní péče, **potom**

HŘ = 0,00 Kč, "E"

**Pokud LIM = "U", potom****Pokud** dávka není 99 (hospitalizační), **potom**

HŘ = 0,00 Kč, "E"

**Pokud** dávka je 99 (hospitalizační), **potom****Pokud** dávka přišla z OLU nebo OŠL, **potom**

HŘ = 0,00 Kč, "E"

**Pokud** dávka nepřišla z OLU nebo OŠL, **potom**

HŘ = SHŘ

**Pokud LIM = "B", potom**

HŘ = SHŘ

**Pokud PRO = "P", potom**

HŘ je již spočítána podle předchozího postupu, pokud řádka není označena "S", nebo "E", označí se "W"

**Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 2 - IVLP****Atributy z číselníku IVLP**

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
IVLP.KOD.ZVL	ZVL	- Zvláštní položka
IVLP.KOD.MAX	MAX	- Maximální úhrada VZP
IVLP.KOD.MFC	MFC	- Konečná cena

Podskup. 13 (radiofarmaka) může ZZ vykazovat pouze v odbornostech 407, 4H7 a 4F7, (4\_7)

Podskup. 15 může SZZ vykazovat pouze v odbornosti 202 a 222.

**Výpočet úhrady**

<b>LFIN</b>	<b>MAX</b>	<b>ÚHRADA</b>
+	+ NULL	min(LFIN, MAXxLMNO) LFIN
NULL	+ -	MAXxLMNO doklad se odmítne

## Poznámky

Pokud  $LFIN > MAX$ , nebo  $MAX$  neuvedeno v číselníku, podléhá schválení RL.

Pro podskupinu 12 (transfuzní přípravky), 13 (radiofarmaka) a 15 (autologní transfuzní přípravky) nemusí být  $LFIN$  vyplněna. Pokud v číselníku IVLP není uvedena cena  $MAX$  a na dokladu 03 není uvedena požadovaná cena  $LFIN$ , nebo  $LFIN$  je nulová (= 0,00), doklad se odmítne.

Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 3 - ZP

## Atributy z číselníku PZT

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
PZT.KOD.UPO	UPO	- plná nebo částečná úhrada ("I", "R", "J", NULL)
PZT.KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
PZT.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP
PZT.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
PZT.KOD.PRO	PRO	- preskripční omezení

Hodnota řádku pro ZP na tomto dokladu je limitována cenou  $MAX$  z číselníku PZT, pokud je v číselníku uvedena.

## Výpočet úhrady

**Pokud**  $PRO = "P"$ , **potom** je doklad odmítnut s tím, že ZP se hradí pouze na dokladu 13, 12, 14.

LFIN	MAX	MFC	ÚHRADA
+	+ NULL	+	$\min(LFIN, MAX \times LMNO, MFC \times LMNO)$ $\min(LFIN, MFC \times LMNO)$

## Poznámky

Pokud  $LFIN > MAX$ , nebo  $MAX$  neuvedeno v číselníku, podléhá schválení RL.

## Stomatologické výrobky, skupina 4 - STOMAG

Stomatologické výrobky se vykazují na dokladu 03s. Doklad "03s" lze připojit pouze k výkonovým dokladům 01s a 02s. Na dokladu 03s lze v ambulanci vykázat pouze kódy z číselníku Stomatologické výrobky, nikoliv léčivé přípravky ze skupiny 1 a 2 (LEKY a IVLP), ani PZT ze skupiny 3 (ZP).

Hodnota řádku pro stomatologické výrobky na tomto dokladu je limitována cenou  $MAX$  z číselníku STOMAG, pokud je v číselníku uvedena.

## Atributy z hlavičky dokladu

Pro kontrolu a ohodnocení dokladu se používají stejné atributy jako u dokladu 03.

**Atributy z řádku dokladu**

Pro kontrolu a ohodnocení dokladu se používají stejné atributy jako u dokladu 03 s tím, že se jedná o stomatologický výrobek. Navíc se kontrolují atributy určující lokalizaci. Pokud je vyplnění v číselníku "Lokalizace" povinné, neuvedení lokalizace na dokladu vede k odmítnutí řádku.

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
LDAT	- datum podání stomatologického výrobku / patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E
LTPR	- skupina stomatologického výrobku / povolena hodnota 4	E
LKOD	- kód stomatologického výrobku / platnost v příslušném číselníku podle data podání na řádku dokladu	E
LMNO	- Množství podaného stomatologického výrobku (pokud neuveden = 1)	E
LFIN	- cena za množství podaného stomatologického výrobku	

**Atributy z číselníků**

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
STOM.KOD.UPO	UPO	- Úhrada pojišťovnou = "I" - hradí v plném rozsahu = "N" - nehradí = "C" - hradí se ve výši uvedené v Kč u atributu MAX = " " - prázdný, hradí se MAX
STOM.KOD.ZVL	ZVL	- Zvláštní položka
STOM.KOD.STC	ORC	- Kalkulovaná cena
STOM.KOD.MAX	MAX	- Maximální úhrada VZP
STOM.KOD.MAM	MAM	- Maximální možné množství
STOM.KOD.PVK	PVK	- Povinné vyplnění kvadrantu
STOM.KOD.PVZ	PVZ	Povinné vyplnění zubu v kvadrantu

**Atributy z registrů**

Pro kontrolu a ohodnocení dokladu se používají stejné atributy jako u dokladu 03.

**Výpočet úhrady a akce revizního lékaře**

Pokud je na řádku dokladu v ambulantní dávce uvedena skupina LTPR 1, 2 nebo 3, doklad se odmítne.

Úhrada jednoho řádku se vypočte takto:

Pokud vykázané množství je větší než maximálně možné množství, pro výpočet hodnoty řádku se použije "upravené množství" (UMNO), které se rovná maximálně MAM. Obě množství se vytisknou do validačního protokolu.

**Pokud**  $LMNO > MAM$ , **potom**

$$UMNO = MAM$$

; *LMNO a MAM se protokoluje*

**Pokud**  $LMNO < MAM$ , **potom**

$$UMNO = LMNO$$

**Pokud**  $ZVL = "Z"$ , **potom** se řádek dokladu předkládá RL ke schválení

**Pokud** RL schválí, **potom**

$$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times MAX)$$

**Pokud** RL neschválí, **potom**

$$HŘ = 0,00$$

**Pokud**  $UPO = "C"$  nebo  $"I"$ , **potom**

**Pokud**  $LFIN \leq (UMNO \times MAX)$ , **potom**

$$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times MAX)$$

**Pokud**  $LFIN > (UMNO \times MAX)$ , **potom** se řádek předloží RL k vyjádření

**Pokud** RL neschválí vyšší úhradu, **potom**

$$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times MAX)$$

**Pokud** RL schválí vyšší úhradu, nejvýše do ceny ORC, **potom**

$$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times ORC)$$

**Pokud**  $UPO = " "$ , **potom**

$$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times MAX)$$

**Pokud**  $UPO = "N"$ , **potom** se řádek předloží RL k vyjádření

**Pokud** RL neschválí úhradu nehrazené položky, **potom**

$$HŘ = 0,00$$

**Pokud** schválí úhradu nehrazené položky (nejvýše do ceny ORC), **potom**

$$HŘ = \min(LFIN, UMNO \times ORC)$$

### Poznámka

Pokud  $LFIN > MAX$ , nebo  $MAX$  neuvedeno v číselníku, podléhá schválení RL.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	$\Sigma HŘ$	Pozn. 1
DÁVKY - HDA		Pozn. 2

Pozn. 1.: Úhrada dokladu je součtem úhrady za jednotlivé řádky a je uvedena v předcházejících tabulkách.

Pozn. 2.: Doklady 03s netvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01s, nebo 02s. Hodnota připojených dokladů 03s se k těmto dávkám připočítává jako HDO03.

### 2.2.05. Vyúčtování výkonů nepravidelné péče

Doklad 05 nahrazuje více ambulantních individuálních dokladů na jednom tiskopise. Používá se pro vykazování LSPP, jednorázové ošetření mimo trvalé bydliště a pro vybrané jednorázové hromadné ošetření skupiny pojištěnců. Výpočet hodnoty dokladu a dávky dokladů je stejný jako výpočet hodnoty dokladu 01 s tím, že dávka dokladů 05 neobsahuje doklady 03 (nelze vykázat ZULP ani ZUM).

Pro výpočet hodnoty dokladu se používají obdobné atributy a stejný způsob ohodnocení jako u dokladu 01.

**2.2.06. Poukaz na vyšetření/ošetření**

Doklad 06 má podobné datové rozhraní jako doklad 01 s tím, že doklad 06 využívá atributy EICZ – identifikační číslo pracoviště žadatele a EODZ - odbornost žadatele v hlavičce dokladu. Tyto atributy se v dokladu 01 nevyplňují.

Pro výpočet hodnoty dokladu se používají obdobné atributy jako u dokladu 01. Výpočet hodnoty dokladu je stejný jako u dokladu 01 a platí pro všechny varianty dokladu 06.

**Atributy z hlavičky dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
EICZ	- identifikační číslo pracoviště žadatele	E
EODZ	- odbornost žadatele v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB / na existenci ve smlouvě v RSZ / na povinné vyplnění	E  W E
EROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
EZDG	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce ZNA uvedena "*"	E

**Pokud** je odbornost poskytovatele ambulantní a odbornost žadatele hospitalizační a číslo výkonu má příznak OME="A", **potom** se výkon odmítne

**Pokud** je odbornost poskytovatele ambulantní a odbornost žadatele ambulantní a číslo výkonu má příznak OME = "H", **potom** se výkon odmítne

**Pokud** je odbornost poskytovatele hospitalizační a odbornost žadatele ambulantní a číslo výkonu má příznak OME="A" nebo "H", **potom** se výkon odmítne

**Pokud** je odbornost poskytovatele hospitalizační a odbornost žadatele hospitalizační a číslo výkonu má příznak OME="A", **potom** se výkon odmítne

**Výpočet hodnoty**

<b>HODNOTA</b>	<b>ÚHRADA</b>	<b>POZNÁMKA</b>
ŘÁDKU - HŘ	$VPOC \times (BOD \times HB) + VPOC \times PMAT$	Pozn. 1
DOKLADU - HDO	$\sum HŘ$	
DÁVKY - HDA	$\sum HDO + \sum HDO03$	Pozn. 2

Pozn. 1.: Hodnota BOD a PMAT platná k datu provedení. V případě odborností komplementu je v současné době HB nulová a doklad se při zpracování ohodnotí v bodech. Po skončení období se úhrada pro SZZ za všechny dávky v daném období spočte v sestupné hodnotě bodu.

Pozn. 2.: Doklady 03 netvoří samostatnou dávku, jsou vždy připojeny k dokladům 01, 02 (01s, 02s) nebo 06. Hodnota připojených dokladů 03 - HDO03 - se k těmto dávkám připočítává (výpočet jejich hodnoty viz kapitola 2.2.03).

**2.2.10. Recept****Atributy dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
RROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
RDAT	- datum <b>vydání</b> / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období	E
RLEK	- identifikační číslo předepisujícího pracoviště (pracovníka pracoviště)	E
RZVL	- povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / / pokud = "X" a pokud LEKY.KOD.LIM = "Z" nebo "X" / pokud = " " a pokud LEKY.KOD.LIM = "Z" nebo "X" / pokud = "X" a pokud LEKY.KOD.UPO = "N" / pokud = " " a pokud LEKY.KOD.UPO = "N"	S E S E
RCi	- skupina léčivých přípravků 1 nebo 2	E
RKOi	- kód léčivého přípravku / platnost v číselníku podle data RDAT	E
RMNi	- množství podaného léčivého přípravku (pokud neuvedeno = 1)	
RFi	- cena za množství podaného léčivého přípravku, kde i = 1 nebo 2, pro první nebo druhý předepsaný léčivý přípravek	

**Atributy z číselníků**

Podle skupiny léčivého přípravku se pro ohodnocení receptu používají číselníky:

- skupina 1 - LEKY - Číselník hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely
- skupina 2 - IVLP - Číselník individuálně vyráběných léčivých přípravků

V jednotlivých číselnících pak následující atributy:

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
KOD.UPO	UPO	- způsob úhrady pojišťovnou ("P", "N", NULL)
KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP
KOD.ORC	ORC	orientační cena
KOD.MFC	MFC	- konečná cena
KOD.OME	OME	- preskripční omezení
KOD.PRO	PRO	indikační omezení (P nebo jiné)
KOD.LIM	LIM	- limit (Z, L, H, X, O, K, T, U, B, P)

**Atributy z registrů**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČP	- identifikační číslo pracoviště (pracovníka pracoviště)
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

## Výpočet pro léčivý přípravek skupiny 1 - LEKY

## Výpočet úhrady léčivého přípravku:

RZVL ??	UPO	RFIi	MAX	MFC	ÚHRADA	POZNÁMKA
+	NULL	+	+	+	$\min(\text{RFIi}, \text{MFC} \times \text{RMNi})$	
NULL	NULL	+	+	+	$\min(\text{RFIi}, \text{MAX} \times \text{RMNi})$	
	I	+	NULL	+	$\min(\text{RFIi}, \text{MFC} \times \text{RMNi})$	
				NULL	RFIi	

Standardní hodnota léčivého přípravku SHL = ÚHRADA. Počítá se pro každý léčivý přípravek zvlášť. Platí následující omezení:

**Pokud** RFIi = MFC, pak se léčivý přípravek vypíše do sestavy pro kontrolu revizním pracovníkem. Hodnota léčivého přípravku HL je dále omezena podle následujících atributů z číselníků:

**Pokud** UPO = "N", nebo LIM = "H", "K", "O", "T", "B" nebo "U", **potom**

**Pokud** UPO = "N", nebo LIM = "H" a RZVL = "X", **potom**  
HL = SHL

**Jinak**

HL = 0,00 a se recept odmítne

**Pokud** LIM = "L" nebo NULL, **potom**

HL = SHL

**Pokud** LIM = "X" nebo "Z", **potom**

HL = SHL, recept se označí symbolem "S"

## Výpočet pro léčivého přípravku skupiny 2 - IVLP

## Výpočet úhrady léčivého přípravku:

RVZL	RFIi	MAX	MFC	ÚHRADA	POZNÁMKA
+	+	NULL	NULL	RFIi	
			+	$\min(\text{RFIi}, \text{MFC} \times \text{RMNi})$	
NULL	+	+	NULL	$\min(\text{RFIi}, \text{MAX} \times \text{RMNi})$	
	NULL	+	NULL	0,00	Pozn. 1

Pozn. 1.: Pokud je vyplněn kód léčivého přípravku, je vyžadováno povinné vyplnění RFIi.

**Pokud** LIM = "Z" nebo ZVL = "Z" **potom**

HL = SHL, recept se označí symbolem "S"

Hodnota dokladu se počítá pro jeden, nebo dva léčivé přípravky podle vyplnění receptu.

HODNOTA		ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU	- HDO	$\Sigma$ HL	
DÁVKY	- HDA	$\Sigma$ HDO	



**2.2.11. Poukaz na brýle a optické pomůcky****Atributy dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
BROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
BDAT	- datum <b>vydání pomůcky</b> / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období	E
BDNE	- Datum <b>vystavení poukazu na brýle</b> / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období	E
BLEK	- identifikační číslo předepisujícího pracoviště (pracovníka pracoviště)	E
BZVL	- povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / / pokud = "X" a pokud ZP.KOD.ZVP = "Z" / pokud = " " a pokud ZP.KOD.ZVP = "Z"	S E
BDG1	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce ZNA uvedena "*"	E
MKO1	- kód ZP, platnost v číselníku podle data BDAT	E
MFI1	- množství je vždy = 1 - cena za množství vydané pomůcky	

Pozn.: MKO1 a MFI1 se může opakovat 10x. Na jednom řádku poukazu se vykazuje množství vždy = 1.

**Atributy z číselníků**

Pro ohodnocení poukazu se používá Číselník zdravotnické prostředky - PZT - (skupina 3, podskupina 09), v číselníku pak následující atributy:

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
PZT.KOD.UPO	UPO	- plná nebo částečná úhrada ("I", NULL)
PZT.KOD.ZVP	ZVP	- zvláštní položka
PZT.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP
PZT.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
PZT.KOD.UHP	UHP	- úhrada v procentech

**Atributy z registrů**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ	- IČZ smluvního zařízení
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

**Výpočet úhrady**

<b>UHP</b>	<b>UPO</b>	<b>MAX</b>	<b>MFC</b>	<b>BZVL</b>	<b>ÚHRADA</b>
NULL		+		NULL	min(MFI1, MAX)
		NULL	+		min(MFI1, MFC)
			+	+	min(MFI1, MFC)

UHP	UPO	MAX	MFC	BZVL	ÚHRADA
NULL	+	+		NULL	min(MFI1, MAX)
		NULL	+		min(MFI1, MFC)
			+	+	min(MFI1, MFC)

HODNOTA		ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘÁDKU	- HŘ	ÚHRADA VYDANÉ POMŮCKY	Pozn. 1
DOKLADU	- HDO	Σ HŘ	Pozn. 2
DÁVKY	- HDA	Σ HDO	

Pozn. 1.: Úhrada vydané pomůcky podle předchozí tabulky.

Pozn. 2.: Úhrada poukazu je součtem úhrady všech pomůcek (řádků).

### Omezení

V případě, že BZVL = "X" a současně MFI1 > MAX nebo MAX = NULL, podléhá schválení RL

## 2.2.12. Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

### Atributy dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
OROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
ODAT	- datum vystavení poukazu	
OLEK	- identifikační číslo předepisujícího pracoviště (pracovníka pracoviště)	E
OZVL	- povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / / pokud = "X" a pokud PZT.KOD.ZVL = "Z" / pokud = " " a pokud PZT.KOD.ZVL = "Z"	S E
OKO1	- kód ZP / platnost v číselníku podle data ODAT	E
OMN1	- množství = 1 až 9	
OFI1	- cena za množství vydané pomůcky	
OFI2	- doplatek	
ODG1	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce ZNA uvedena "*"	E
ODAV	- datum vydání pomůcky / patří do období v hlavičce dávky, nebo do předcházejících období	E

### Atributy z číselníků

Pro ohodnocení poukazu se používá Číselník zdravotnické prostředky - PZT - (skupina 3, mimo podskupiny 08 a 09), v číselníku pak následující atributy:

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
PZT.KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
PZT.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
PZT.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
PZT.KOD.UPO	UPO	- způsob úhrady pojišťovnou ( "I", "R", "J" nebo NULL)
PZT.KOD.TYP	TYP	- typ ZP
PZT.KOD.PRO	PRO	- preskripční omezení
PZT.KOD.OME	OME	- specifikace PRO
PZT.KOD.UHP	UHP	- úhrada v procentech

### Atributy z registrů

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ	- IČZ smluvního zařízení
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

### Výpočet úhrady pomůcky

Dále uvedený výpočet úhrady platí pro dávku vlastních poukazů (vypsanych i vydaných ve stejném ÚP). Ke speciálům ("S") na cizích (vydaných v jiném ÚP než ve kterém byly vypsány) poukazech se RL neumí vyjádřit a jeho akce nemají smysl. Úhrada pro speciály se počítá podle atributu dokladu OZVL. Pokud je vyplněn, předpokládáme, že poukaz byl revizním lékařem schválen, pokud je prázdný, pak se úhrada počítá jako pro neschválený poukaz. Po transportu poukazů na ÚP za předepisujícím lékařem je vytištěna sestava speciálů pro kontrolu RL této cílové Pojišťovny.

#### **Pokud** PRO = "M", **potom**

je doklad odmítnut s tím, že ZP se hradí pouze na dokladu 03

#### **Pokud** TYP = "08" nebo "09", **potom**

je doklad odmítnut s tím, že ZP se hradí na jiném poukazu

#### **Pokud** ZVL = "Z", **potom**

je vyhodnocen atribut dokladu OZVL

**Pokud** OZVL = "X", **potom** je poukaz předložen RL ke schválení

**Pokud** RL schválí, **potom** se úhrada počítá podle atributu UPO

**Pokud** RL neschválí, **potom** úhrada = 0,00

**Pokud** OZVL = " ", **potom** je poukaz odmítnut

#### **Pokud** UPO = "I", **potom** úhrada = OFI1

**Pokud** OFI1 > 1,5 x (OMN1 x MFC), **potom**

je poukaz předložen RL na vědomí

#### **Pokud** UPO = "R", **potom**

**Pokud** OFI1 <= (MAX x OMN1), **potom** úhrada = min(OFI1, (MAX x OMN1))

**Pokud** OFI1 > (MAX x OMN1), **potom** se musí vyjádřit RL

**Pokud** RL schválí, **potom**

úhrada = min (OFI1, (MFC x OMN1))

**Pokud** RL neschválí, **potom**

úhrada = min (OFI1, (MAX x OMN1))

**Pokud** ONOV = " ", **potom**

úhrada = MAX x UHP/100

**Pokud** UPO = “J”, **potom** úhrada = 0.00

**Pokud** UPO = “ ”, **potom**

**Pokud** OFI1 <= (MAX x OMN1), **potom**  
úhrada = min (OFI1, (MAX x OMN1))

**Pokud** OFI1 > (MAX x OMN1), **potom** se musí vyjádřit RL

**Pokud** RL schválí, **potom**  
úhrada = min (OFI1, (MFC x OMN1))

**Pokud** RL neschválí, **potom**  
úhrada = min (OFI1, (MAX x OMN1))

**Pokud** UHP není prázdné a UPO nemá hodnotu “R”, **potom**

**Pokud** TYP = “05”, **potom**  
úhrada = OFI1 a poukaz se předloží RL na vědomí

**Pokud** TYP = “12” nebo “16”, **potom**

**Pokud** OFI1 <= (MAX x OMN1 x UHP/100), **potom**  
úhrada = min (OFI1, (MAX x OMN1 x UHP/100))

**Pokud** OFI1 > (MAX x OMN1 x UHP/100), **potom**  
se musí vyjádřit RL

**Pokud** RL schválí, **potom**  
úhrada = min (OFI1, (MFC x OMN1 x UHP/100))

**Pokud** RL neschválí, **potom**  
úhrada = MAX x OMN1 x UHP/100

Pro výpočet hodnoty dokladu se berou hodnoty MAX, MFC .

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	ÚHRADA VYDANÉ POMŮCKY	
DÁVKY - HDA	Σ HDO	

## 2.2.14. Poukaz na foniatickou pomůcku

### Atributy dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
FROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
FDAT	- datum vydání pomůcky / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období	E
FLEK	- identifikační číslo předepisujícího pracoviště (pracovníka pracoviště)	E
FZVL	- povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / / pokud = “X” a pokud PZT.KOD.ZVL = “Z”	S
	/ pokud = “ ” a pokud PZT.KOD.ZVL = “Z”	E

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
MKO2	- kód indikační skupiny (stupeň postižení), kontroluje se v případě, že alespoň jeden z kódů MKO1 má v číselníku PZT.KOD.SKP = "S"	E
	/ platnost v číselníku podle data FDAT	E
	/ PZT.KOD.SKP = "X"	
FDG1	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce ZNA uvedena "*"	E

#### Atributy z řádku dokladu

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
MKO1	- kód vydané pomůcky	
	/ platnost v číselníku podle data FDAT	E
	/ PZT.KOD.SKP <> "X"	E
	/ pokud PZT.KOD.SKP = "S", musí být MKO2 vyplněno a MKO2 musí mít v číselníku PZT.KOD.SKP = "X"	E
MFI1	- cena za vydanou pomůcku	

#### Atributy z číselníků

Pro ohodnocení poukazu se používá Číselník zdravotnické prostředky - PZT - (skupina 03, podskupina 08), v číselníku pak následující atributy:

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
PZT.KOD.ZVL	ZVL	- zvláštní položka
PZT.KOD.MAX	MAX	- maximální úhrada VZP je v následující tabulce uvedena
		- jako MAX1 pro hodnotu sluchadla nebo příslušenství vykázané kódem MKO1 (SKP="S")
		- jako MAX2 pro indikační skupinu (stupeň postižení) vykázaný kódem MKO2 (SKP="X")
PZT.KOD.MFC	MFC	- konečná cena
PZT.KOD.SKP	SKP	- stupeň postižení
		- má hodnotu "X", pokud kód vyjadřuje indikační skupinu,
		- má hodnotu "S" pro sluchadlo,
		- má hodnotu " " pro příslušenství

#### Atributy z registrů

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ	- IČZ smluvního zařízení
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

#### Výpočet hodnoty

Úhrada sluchadla je závislá na stupni postižení pojištěnce, stupeň postižení je uveden v číselníku ZP zvláštními kódy, které mají vyplněn atribut PZT.KOD.SKP hodnotou "X". Tento zvláštní kód musí být uveden na dokladu jako MKO2, pokud je na dokladu předepsáno

sluchadlo. V záhlaví následující tabulky je uvedena maximální úhrada VZP pro uvedený stupeň postižení jako MAX2.

Maximální úhrada sluchadla nebo příslušenství sluchadla je uvedena v záhlaví následující tabulky jako MAX1. Vlastní sluchadlo nebo příslušenství jsou na dokladu vykázány kódem MKO1.

MAX1	MFC	MAX2	FZVL	ÚHRADA ŘÁDKU	
+		+	NULL	min(MFI1, MAX1, MAX2)	
		NULL		min(MFI1, MAX1)	
NULL	+	+		min(MFI1, MFC, MAX2)	
		NULL		min(MFI1, MFC)	
	NULL	+		min(MFI1, MAX2)	
	+	+	+		min(MFI1, MFC, MAX2)
					NULL
	NULL	+		min(MFI1, MAX2)	
		NULL		MFI1	

HODNOTA		ÚHRADA	POZNÁMKA
ŘÁDKU	- HŘ	ÚHRADA VYDANÉ POMŮCKY	
DOKLADU	- HDO	Σ HŘ	
DÁVKY	- HDA	Σ HDO	

**Poznámka:** Pokud  $MFI1 > MAX1$ , podléhá schválení RL

## 2.2.16. Vyúčtování lázeňské péče

### Atributy z hlavičky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
ICLL	- Identifikační číslo zařízení v rámci IČZ LZ / na platnost smlouvy v RSZ	E
CDOK	- Číslo dokladu / na duplicitu v rámci zařízení a roku	E
IND	- Indikace / na existenci v číselníku typů lázeňské péče	E
COP	- Číslo vysílající Pojišťovny (pro VZP číslo vysílajícího ÚP)/na existenci v číselníku Pojišťovny(ÚP VZP)	E
TYP_LP	- Typ lázeňské péče / "K", "P", "D"	E
CP	- Číslo pojištěnce - pacienta / na registr pojištěnců CRP	E *
CP_PR	- Číslo pojištěnce - průvodce / na registr pojištěnců CRP	W
DNAST	- Datum nástupu léčení / "-"	E
JMEVYST	- Příjmení a jméno toho, kdo vystavil doklad / "+"	W
DVYST	- Datum vystavení dokladu / "+"	E
KOD_UKO	- Kód ukončení léčby / na číselník Ukončení lázeňské a ozdravné péče	E

\*Pokud pojištěnec změní během lázeňské péče pojišťovnu, musí být doklad vrácen láním k rozdělení.

**Atributy z řádky dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
DATOD	- Datum od kdy vznikl “druh nákladu”	E
KOD_NAK	- Kód “druhu nákladu” / kontrola na číselník Náklady lázeňské a ozdravné péče	E
KATEG	- Kategorie ubytování / kontrola na číselník Kategorie ubytování, pouze u ubytování	E
KOD_PRERUS	- Kód přerušení léčby / kontrola na číselník Přerušení lázeňské a ozdravné péče, pouze u ubytování	E
DOBA	- Délka trvání “druhu nákladu” ve dnech	E
SAZBA	- Sazba “druhu nákladu” za den	E
LUZKO	- Musí být vyplněno a >0, pouze u ubytování	E

**Atributy z číselníků**

Pro kontrolu údajů dokladu se používají číselníky:

LP_NAK	Číselník druhů nákladů na lázeňskou péči.
LP_UKO	Číselník kódů ukončení léčby lázeňské péče.
LP_PRE	Číselník kódů přerušení léčby lázeňské péče.
LP_IND	Číselník indikační skupiny lázeňské péče.
LP_TYP	Číselník typů lázeňské péče.
LP_KUB	Číselník kategorie ubytování

**Atributy z registrů**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ	- IČZ smluvního zařízení
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

**Výpočet hodnoty**

<b>HODNOTA</b>	<b>ÚHRADA</b>	<b>POZNÁMKA</b>
ŘÁDKU - HŘ	HŘ= DOBA* SAZBA	
DOKLADU - HDO	HDO=ΣHR	
DÁVKY - HDA	HDA=ΣHDO	

Výpočet tohoto individuálního účtu pacienta (+ průvodce) je dán počtem dnů x částka cena/den (v Kč).

Konkrétní hodnota položky cena/den obsahuje cenu za ubytování, stravování a léčení a je určena smlouvou lázeňského zařízení s Pojišťovnou. Prodlužky, přerušení léčby, příp. předčasné ukončení léčby vyjádřené ve dnech se počítají dle platné Metodiky.

Poznámka: Pro příspěvkovou péči se hradí jen léčení (ne doprava, stravování a ubytování).

**2.2.23. Vyúčtování ozdravenské péče**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
ICOL	- Identifikační číslo zařízení v rámci IČZ OZ / na platnost smlouvy v RSZ	E
CDOK	- Číslo dokladu / na duplicitu v rámci zařízení a roku	E
CNAVRH	- Číslo návrhu / na duplicitu v rámci roku	E
RNAVRH	- Rok návrhu / v porovnání s DNAST = rok pro MM>6 nebo max. -1 pro ostatní	E
CÚP	- Číslo vysílající Pojišťovny (pro VZP číslo vysílajícího ÚP)/na existenci v číselníku Pojišťovny(ÚP VZP)	E
OPLAN	- Ozdravný plán	E
JMENO	- Příjmení a jméno klienta/pacienta / “ ”	W
CP	- Číslo pojištěnce – klienta/pacienta / na registr pojištěnců CRP	E *
DNAST	- Datum nástupu / “-”	E
DUKON	- Datum ukončení / “-”	E
DODJ	- Datum odjezdu / “-”	E
JMEVYST	- Příjmení a jméno toho, kdo vystavil doklad / “ ”	E
DVYST	- Datum vystavení dokladu / “+”	E
PROD	- Prodlužky ze dnů pobytu celkem / “ ”	
KOD_UKO	- Kód ukončení / na číselník Ukončení ozdravenské/lázeňské péče	E

\*Pokud pojištěnec změní během ozdravenské péče pojišťovnu, musí být doklad vrácen ozdravovně k rozdělení.

**Atributy z řádky dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
DATOD	- Datum od kdy vznikl “druh nákladu”	E
KOD_NAK	- Kód “druhu nákladu” / kontrola na číselník Náklady ozdravenské/lázeňské péče	E
DOBA	- Délka trvání “druhu nákladu” ve dnech	E
SAZBA	- Sazba “druhu nákladu” za den	E
CENA	- Celková cena za "druh nákladu"	
KOD_PRERUS	- Kód přerušení /kontrola na číselník Přerušení ozdravenské/lázeňské péče	E

**Atributy z číselníků**

Pro kontrolu údajů dokladu se používají číselníky:

LP_NAK	Číselník druhů nákladů na ozdravenskou/lázeňskou péči.
LP_UKO	Číselník kódů ukončení ozdravenské/lázeňské péče.
LP_PRE	Číselník kódů přerušení ozdravenské/lázeňské péče.
OP_TYP	Číselník typů ozdravenské péče.



**Atributy z registrů**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ	- IČZ smluvního zařízení
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

**Výpočet hodnoty**

<b>HODNOTA</b>	<b>ÚHRADA</b>	<b>POZNÁMKA</b>
ŘÁDKU - HŘ	HŘ= DOBA* SAZBA	
DOKLADU - HDO	HDO=ΣHR	
DÁVKY - HDA	HDA=ΣHDO	

Výpočet tohoto individuálního účtu pacienta je dán počtem dnů x částka cena/den (v Kč). Konkrétní hodnota položky cena/den obsahuje cenu za ubytování, stravování a ozdravný pobyt a je určena smlouvou zařízení s Pojišťovnou. Prodlužky, přerušeni pobytu, příp. předčasné ukončení vyjádřené ve dnech se počítají dle platné verze Metodiky pořizování a předávání dokladů VZP ČR..

**2.2.30. Registrační list**

Doklad se vyhodnocuje v kapitačním centru (KC). KC zpracovává doklady všech SZZ a od všech pojišťoven. Doklad nemá bodovou ani korunovou hodnotu.

Podle věku určeného z čísla pojištěnce se (podle tabulky věkových indexů pro věkové skupiny) pojištěnec přepočte na počet jednicových pojištěnců. Pro přiřazení je rozhodující měsíc, ve kterém pojištěnec dosáhl věku pro zařazení do věkové skupiny. Součet jednicových pojištěnců SZZ v dané odbornosti je podkladem pro výpočet degresního koeficientu. Vypočtený degresní koeficient je pak podkladem pro výpočet kapitační platby jednotlivých pojišťoven.

**Definice základních pojmů**

*Degresní koeficient* = koeficient, který vypočte Kapitační centrum dle počtu jednicových pojištěnců všech pojišťoven u jednoho lékaře nebo u jednoho smluvního zdravotnického zařízení a jedné odbornosti v závislosti na stanoveném, normovanému počtu jednicových pojištěnců. Hodnota tohoto koeficientu se snižuje se zvyšujícím se počtem pojištěnců, a to po překročení stanovené procentní meze počtu přepočtených registrovaných pojištěnců u jednoho lékaře nebo u jednoho smluvního zdravotnického zařízení a jedné odbornosti.

*Jednicový pojištěnec* = pojištěnec věkové skupiny 15 – 19 let, která je považována za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče. Chceme-li přepočítat pojištěnce na jednicového, musíme jej vynásobit věkovým indexem dané věkové skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve skupině 15 – 19 let.

*Kapitační centrum* = bylo zřízeno ve VZP ČR zejména pro vytvoření a aktualizaci Kapitačního registru a registru lékařů v kapitaci, které jsou nezbytné pro rozhodování o oprávněné registraci pojištěnců pojištěven u praktických lékařů. Dle aktuálního stavu Kapitačního registru přepočítává každý měsíc počty oprávněně registrovaných pojištěnců všech pojištěven u jednotlivých lékařů na jednicové pojištění a vypočítává pro každého lékaře degresní koeficient, který oznamuje všem pojišťovnám pro přepočet kapitačních plateb lékařům.

*Kapitační paušál* = smluvně stanovená částka za jednoho jednicového pojištěnce.

*Kapitační platba* = úhrn indexovaných kapitačních paušálů za platně registrované pojištění zdravotní pojišťovny v daném měsíci u daného lékaře.

*Kapitační registr* = slouží pro vedení evidence o registrovaných pojištěncích u praktických lékařů.

*Normovaný počet jednicových pojištěnců* = počet pojištěnců, který byl stanoven za normu; maximálně ještě při tomto počtu má lékař optimální podmínky pro péči o své pacienty.

*Platná registrace* = registrace provedená v souladu s platným zněním zákona č. 48/1997 Sb. Registrace je platná rovněž v případech, kdy zákonem stanovená lhůta nemohla být z objektivních důvodů dodržena, např. pro zánik zdravotnického zařízení, ukončení činnosti registrujícího lékaře, změnu bydliště nebo pracoviště pojištěnce. O platnosti registrace nad rámec zákona rozhoduje příslušná pojišťovna.

*Poměrné kapacitní číslo* = údaj, který vyjadřuje počet ordinačních hodin lékaře za týden. Kapacitní číslo pro jednoho praktického lékaře může být max. 1, i když pracuje ve více ordinacích. Výsledné kapacitní číslo ve více ordinacích se posuzuje vcelku a platí, že je součtem kapacitních čísel ordinací. Platí vztah, že poměrné kapacitní číslo = 1.0 při minimálně 25 hodinách ordinační doby rozložené do všech 5 pracovních dnů (= 0.8 při min. 20 = 0.6 při min. 15 = 0.4 při min. 10), a to včetně hodin vyhrazených pro posuzování pracovní neschopnosti.

Pokud má praktický lékař nasmlouvanu ještě druhou odbornost (odb. 101 – 709), může být součet poměrných kapacitních čísel lékaře v obou odbornostech až 1,25 za podmínky, že druhá odbornost má poměrné kapacitní číslo minimálně 0,4 a za podmínek dohodnutých s ÚP. Uvedené rozšíření platí i pro vzájemnou kombinaci odborností 001 a 002.

*Registrovaný pojištěnec* = pojištěnec s platnou registrací.

*Rozhodné datum pro nárok na kapitační paušál* = platná registrace pojištěnce u jeho registrujícího lékaře k poslednímu dni v tomto měsíci.

*Sporná registrace* = registrace, která byla provedena dříve než 3 měsíce od předchozí platné registrace a pojišťovna dosud nerozhodla o její platnosti.

## **Vyhodnocování registračních listů**

Výsledkem vyhodnocení registračního listu je “Platná registrace”, “Odmítnutá registrace”, nebo “Sporná registrace”. Pro vyhodnocení registračního listu je rozhodujícím dnem datum

registrace z Registračního listu. Registrační list se vyhodnotí následujícím postupem:

**Pokud** pojištěnec není pojištěncem žádné pojišťovny, **potom** se registrace odmítne

**Pokud** odbornost lékaře je 001 a věk pojištěnce < 14 let **nebo** odbornost lékaře je 002 a věk pojištěnce > 19, **potom** se registrace odmítne

**Pokud** pojištěnec není v kapitačním registru registrován u žádného lékaře, **potom**

**Pokud** na jednoho pojištěnce přijdou dva (více) doklady od různých lékařů, **potom**

**Pokud** je datum registrace před 1.10.1997, **potom**

je uznána registrace lékaři podle dokladu s nejnovějším datem registrace

**Jinak**

akceptuje se první zpracováváný registrační list (platná registrace), druhý registrační list je zpracován s tím, že pojištěnec již je registrován

**Jinak**

pojištěnec se zaregistruje k lékaři

**Jinak**

**Pokud** pojištěnec je v kapitačním registru registrován u lékaře <i>, **potom**

**Pokud** datum registrace lékaře <k> je starší než u lékaře <i>, **potom** se registrace odmítne

**Jinak**

**Pokud** u lékaře <i> je registrován 3 měsíce a více **nebo**

je u lékaře <i> registrován 1 měsíc a více a pojištěnec je mladší než 6 měsíců,

**potom**

pojištěnec se k lékaři <k> zaregistruje

pojištěnci se u lékaře <i> zruší registrace

**Pokud** u lékaře <i> je registrován méně než 3 měsíce **nebo** je u lékaře <i> registrován méně než 1 měsíc a pojištěnec je mladší než 6 měsíců, **potom**

je registrace sporná (pozastaví se zpracování dokladu a příslušná pojišťovna registraci individuálně posoudí)

### Určení hodnoty degresního koeficientu

Orientační hodnota degresního koeficientu pro vypočtená procenta jednicových pojištěnců SZZ se vyhledá v tabulce (viz Tabulka degresních koeficientů).

$$PJP = (\sum PPZP_i \times VEKKOEF_i) \times 100 / (PKC \times NPJP)$$

kde sumace je provedena přes všechny věkové skupiny

PJP procento jednicových pojištěnců

PPZP<sub>i</sub> počet registrovaných pojištěnců i-té věkové skupiny všech pojišťoven

VEKKOEF<sub>i</sub> věkový index dané skupiny pro přepočtení na jednicové pojištěnce

PKC poměrné kapacitní číslo (viz smlouva s VZP ČR)

NPJP normovaný počet jednicových pojištěnců pro odbornost (viz Tabulka degresních koeficientů)

Sumace pojištěnců i poměrného kapacitního čísla se provádí u SZZ s více lékaři pro všechny lékaře stejné odbornosti.

Normovaný počet jednicových pojištěnců na jednoho praktického lékaře pro KKVP (=100%) pro odbornost 001 je 2060 a pro odbornost 002 je 1810.

Tabulka degresních koeficientů je jen orientační, neboť koeficienty v ní uvedené jsou zaokrouhleny na 4 desetinná místa. Vlastní výpočet degresního koeficientu (Dk) se provádí ve 3 intervalech (dle procenta jednicových pojištěnců (PJP) ):

- $PJP \in ( 0 ,130 > \quad Dk = 1,000000$
- $PJP \in (130 ,210 > \quad Dk = - 0,0495*(PJP/100)^2 - 0,1375*(PJP/100) + 1,262405$
- $PJP \in ( 210 , \infty ) \quad Dk = 158,6256/PJP$

Dk je předáván zaokrouhlený na 6 desetinných míst. Procento jednicových pojištěnců je uváděno vždy na 2 desetinná místa.

### Tabulka indexů pro věkové skupiny odbornosti 001 a 002

věková skupina	index
0 - 4 let	3,80
5 - 9 let	1,65
10 - 14 let	1,30
15 - 19 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,35
55 - 59 let	1,45
60 - 64 let	1,50
65 - 69 let	1,70
70 - 74 let	2,00
75 - 79 let	2,40
80 - 84 let	2,90
85 a více let	3,40

### Tabulka degresních koeficientů odbornosti 001 a 002

Procento jednicových pojištěnců = PJP ; Výše degresního koeficientu = Dk													
PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk	PJP	Dk
130	1.0000	171	0.8825	212	0.7482	253	0.6270	294	0.5395	335	0.4735	376	0.4219
131	0.9973	172	0.8795	213	0.7447	254	0.6245	295	0.5377	336	0.4721	377	0.4208
132	0.9947	173	0.8764	214	0.7412	255	0.6221	296	0.5359	337	0.4707	378	0.4196
133	0.9920	174	0.8733	215	0.7378	256	0.6196	297	0.5341	338	0.4693	379	0.4185
134	0.9893	175	0.8702	216	0.7344	257	0.6172	298	0.5323	339	0.4679	380	0.4174
135	0.9866	176	0.8671	217	0.7310	258	0.6148	299	0.5305	340	0.4665	381	0.4163
136	0.9838	177	0.8640	218	0.7276	259	0.6125	300	0.5288	341	0.4652	382	0.4153
137	0.9811	178	0.8608	219	0.7243	260	0.6101	301	0.5270	342	0.4638	383	0.4142
138	0.9784	179	0.8577	220	0.7210	261	0.6078	302	0.5253	343	0.4625	384	0.4131
139	0.9756	180	0.8545	221	0.7178	262	0.6054	303	0.5235	344	0.4611	385	0.4120

Procento jednicových pojištěnců = PJP ; Výše degresního koeficientu = Dk													
140	0.9729	181	0.8514	222	0.7145	263	0.6031	304	0.5218	345	0.4598	386	0.4109
141	0.9701	182	0.8482	223	0.7113	264	0.6009	305	0.5201	346	0.4585	387	0.4099
142	0.9673	183	0.8450	224	0.7082	265	0.5986	306	0.5184	347	0.4571	388	0.4088
143	0.9646	184	0.8418	225	0.7050	266	0.5963	307	0.5167	348	0.4558	389	0.4078
144	0.9618	185	0.8386	226	0.7019	267	0.5941	308	0.5150	349	0.4545	390	0.4067
145	0.9590	186	0.8354	227	0.6988	268	0.5919	309	0.5134	350	0.4532	391	0.4057
146	0.9561	187	0.8322	228	0.6957	269	0.5897	310	0.5117	351	0.4519	392	0.4047
147	0.9533	188	0.8290	229	0.6927	270	0.5875	311	0.5101	352	0.4506	393	0.4036
148	0.9505	189	0.8257	230	0.6897	271	0.5853	312	0.5084	353	0.4494	394	0.4026
149	0.9476	190	0.8225	231	0.6867	272	0.5832	313	0.5068	354	0.4481	395	0.4016
150	0.9448	191	0.8192	232	0.6837	273	0.5810	314	0.5052	355	0.4468	396	0.4006
151	0.9419	192	0.8159	233	0.6808	274	0.5789	315	0.5036	356	0.4456	397	0.3996
152	0.9390	193	0.8126	234	0.6779	275	0.5768	316	0.5020	357	0.4443	398	0.3986
153	0.9362	194	0.8094	235	0.6750	276	0.5747	317	0.5004	358	0.4431	399	0.3976
154	0.9333	195	0.8061	236	0.6721	277	0.5727	318	0.4988	359	0.4419	400	0.3966
155	0.9304	196	0.8027	237	0.6693	278	0.5706	319	0.4973	360	0.4406	401	0.3956
156	0.9274	197	0.7994	238	0.6665	279	0.5686	320	0.4957	361	0.4394	402	0.3946
157	0.9245	198	0.7961	239	0.6637	280	0.5665	321	0.4942	362	0.4382	403	0.3936
158	0.9216	199	0.7928	240	0.6609	281	0.5645	322	0.4926	363	0.4370	404	0.3926
159	0.9186	200	0.7894	241	0.6582	282	0.5625	323	0.4911	364	0.4358	405	0.3917
160	0.9157	201	0.7860	242	0.6555	283	0.5605	324	0.4896	365	0.4346	406	0.3907
161	0.9127	202	0.7827	243	0.6528	284	0.5585	325	0.4881	366	0.4334	407	0.3897
162	0.9097	203	0.7793	244	0.6501	285	0.5566	326	0.4866	367	0.4322	408	0.3888
163	0.9068	204	0.7759	245	0.6475	286	0.5546	327	0.4851	368	0.4310	409	0.3878
164	0.9038	205	0.7725	246	0.6448	287	0.5527	328	0.4836	369	0.4299	410	0.3869
165	0.9008	206	0.7691	247	0.6422	288	0.5508	329	0.4821	370	0.4287		
166	0.8978	207	0.7657	248	0.6396	289	0.5489	330	0.4807	371	0.4276		
167	0.8947	208	0.7622	249	0.6371	290	0.5470	331	0.4792	372	0.4264		
168	0.8917	209	0.7588	250	0.6345	291	0.5451	332	0.4778	373	0.4253		
169	0.8887	210	0.7554	251	0.6320	292	0.5432	333	0.4764	374	0.4241		
170	0.8856	211	0.7518	252	0.6295	293	0.5414	334	0.4749	375	0.4230		

Tabulky indexů pro věkové skupiny ani degresních koeficientů odbornost 603 dosud nebyly stanoveny.

### Výpočet kapitační platby za registrované pojištěnce zdravotní pojišťovny

Podle data narození, tj. podle měsíce a roku narození, se určí věková skupina pojištěnce. Pojištěnec je podle věkové skupiny přepočten příslušným indexem (viz Tabulka indexů pro věkové skupiny) na jednicového pojištěnce a součet všech jednicových pojištěnců registrovaných u lékaře je vynásoben stanoveným kapitačním paušálem a degresním koeficientem, který se vypočte každý měsíc pro SZZ a odbornost

$$\text{CCKP} = \left( \sum \text{PP}_i \times \text{VEKKOEF}_i \right) \times \text{HKP} \times \text{HDK}$$

suma se provede přes všechny věkové skupiny

CCKP	celková částka kapitační platby pro jedno pracoviště lékaře SZZ za měsíc
PP <sub>i</sub>	počet registrovaných pojištěnců i-té věkové skupiny pojišťovny u lékaře SZZ
VEKKOEF <sub>i</sub>	věkový index dané skupiny pro přepočet na jednicové pojištěnce
HKP	hodnota kapitačního paušálu na jednoho jednicového pojištěnce
HDK	hodnota degresního koeficientu pro SZZ a odbornost

Pojišťovna předá zdravotnickému zařízení každý měsíc tři sestavy týkající se KKV:

- Protokol o uznaných a odmítnutých registracích pojištěnců,
- Rekapitulace nároků na kapitační platbu,
- Protokol ukončených registrací pro ZZ.

Dále si může SZZ (lékař) jednorázově vyžádat od pojišťovny sestavu „Seznam registrovaných pojištěnců ke dni“. Bude předávána přednostně na magnetickém médiu.

### 2.2.34.0. Výkony v dopravě - obecně

Výkony v dopravě se vykazují na následujících dokladech VZP:

34 - Příkaz ke zdravotnímu transportu

36 - Vyúčtování cest lékaře v návštěvní službě

37 - Vyúčtování výkonů záchranné služby

Výpočet hodnoty dokladů, na kterých se vykazují výkony zdravotnické dopravy (dopravní výkony), je řízen číselníkem dopravy. Konkrétní bodové hodnoty jednotlivých dopravních výkonů k nasmlouvaným výkonům musí být vždy uvedeny ve smlouvě s každým zdravotnickým zařízením (v číselníku jsou uvedeny maximální bodové hodnoty výkonu). Pro výpočet hodnoty dopravního výkonu se nasmlouvaná bodová hodnota bere z registru smluvních zařízení (RSZ). Jiný způsob úhrady (paušál na km, paušál na období, paušál na pojištěnce) musí být rovněž uveden ve smlouvě a pro výpočet hodnoty dopravního výkonu se bere z RSZ.

Na dokladu 37 - Vyúčtování výkonů záchranné služby - mohou být kromě dopravních výkonů (mají hodnotu kódu menší než 100) vykazovány i zdravotní výkony (s hodnotou kódu větší než 100) a zvláště účtovaný materiál.

Doklad 39 - Vyúčtování náhrady cestovních nákladů soukromým vozidlem - se po kontrole na ÚP proplácí přes pokladnu.

Hodnota řádku s kódem dopravního výkonu pro doklady 34, 36 a 37 se počítá podle následujícího vzorce:

$$\mathbf{H\check{R}} \text{ (v Kč)} = \mathbf{nvl(KOD.SMSAZ,0) \times KOD.V\check{A}HAKM \times nvl(km,0) + nvl(KOD.SMPAU,0) + KOD.V\check{A}HAK\check{C} \times nvl(k\check{c},0)}$$

$$\mathbf{H\check{R}} \text{ (v bodech)} = \mathbf{(nvl(KOD.SMBODY,0) \times KOD.V\check{A}HAKM \times nvl(km,0))}$$

$$\mathbf{H\check{R}} = \mathbf{H\check{R}(v \text{ Kč}) + H\check{R}(v \text{ bodech}) \times HB}$$

Pokud  $\mathbf{KOD.MINUH} = 1$  potom

$$\mathbf{H\check{R}} = \mathbf{\min(H\check{R}, nvl(k\check{c}, H\check{R}))}$$

Funkce  $\mathbf{nvl(x,y)}$  vrací hodnotu x, pokud x není prázdné. Jinak vrací hodnotu y.

Funkce  $\mathbf{\min(x,y)}$  vrací menší hodnotu z položek x a y.

Význam proměnných ve vzorci je uveden dále.

**2.2.34. Příkaz ke zdravotnímu transportu****Atributy z hlavičky dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
TCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
TICO	- identifikační číslo indikujícího pracoviště	E
TZDG	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v poloze ZNA uvedena "*"	E
TODB	- odbornost žadatele / na existenci v číselníku ODB	E
TICZ	- IČZ žadatele / na povinné vyplnění	E
TDUT	- datum uskutečnění transportu / patří do období v hlavičce dávky	E

**Atributy z řádku dokladu**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA / KONTROLA</b>	<b>NEG.</b>
VKOD	- číslo dopravního výkonu / na existenci v číselníku Doprava / na IČZ.IČP.VKOD v RSZ	E E
VPOC	- počet vykázaných km	
GCIS	- vedlejší diagnóza / na existenci v číselníku JDG4	E

**Atributy z číselníků**

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
DOPR.KOD	KOD	- číslo dopravního výkonu
DOPR.KOD.BOD	BOD	- maximální body pro dané číslo dopravního výkonu (nepoužívá se)
DOPR.KOD.VAKC	VÁHAKČ	
DOPR.KOD.VAKM	VÁHAKM	
DOPR.KOD.MINUH	MINUH	
VFOND.KOD.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky

**Atributy z registrů**

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ.IČP	- identifikační číslo pracoviště SZZ
RSZ.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo dopravního výkonu na prac. SZZ
RSZ.IČZ.IČP.KOD.SMSA Z	- nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu
RSZ.IČZ.IČP.KOD.SMBO DY	- nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu
RSZ.IČZ.IČP.KOD.SMPU	- nasmlouvaný paušál na období
CRP.CP	- číslo pojištění v registru pojištěnců CRP

**Výpočet úhrady**

Závisí na smlouvě se SZZ a na vyplnění dokladu. Počítá se podle vzorce uvedeného v kapitole 2.2.34.0.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	Σ HŘ	
DÁVKY - HDA	Σ HDO	

### 2.2.36. Vyúčtování cest lékaře v návštěvní službě

#### Atributy z hlavičky dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- identifikační číslo pracoviště SZZ / na existenci v registru RSZ	E
	/ na platnost smlouvy v RSZ	E
HICP	- identifikační číslo pracoviště požadujícího použití vozidla DRNR / na existenci v registru RSZ	E
	/ na platnost smlouvy v RSZ	E
HKOD	- kód druhu dopravy / na existenci v číselníku doprava	E
	/ na existenci IČZ.IČP.KOD dopravy v RSZ	E

#### Atributy z řádku dokladu

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VDAT	- datum provedení výkonu / patří do období v hlavičce dávky	E
VROD	- číslo poj. / na registr pojištěnců CRP	E
VKM	- počet vykázaných km / na vyplnění dle číselníku "Doprava"	E
VKC	- počet vykázaných Kč / na vyplnění dle číselníku "Doprava"	E
VDIA	- kód diagnózy v číselníku	E

#### Atributy z číselníků

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
DOPR.KOD	KOD	- číslo dopravního výkonu
DOPR.KOD.BOD	BOD	- počet bodů pro dané číslo dopravního výkonu
VFOND.KOD.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky

#### Atributy z registrů

ATRIBUT	POLOŽKA
RSZ.IČZ.IČP	- identifikační číslo pracoviště SZZ
RSZ.IČZ.IČP.ODB	- nasmlouvaná odbornost na pracovišti SZZ
RSZ.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo dopravního výkonu na pracovišti SZZ
RSZ.IČZ.IČP.KOD.SMSAZ	- nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu
RSZ.IČZ.IČP.KOD.SMBODY	- nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu
RSZ.IČZ.IČP.KOD.SMPAU	- nasmlouvaný paušál na období
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP



**Výpočet úhrady**

Závisí na smlouvě se SZZ a na vyplnění dokladu. Počítá se podle vzorce uvedeného v kapitole 2.2.34.0.

HODNOTA	ÚHRADA	POZNÁMKA
DOKLADU - HDO	$\Sigma$ HŘ	
DÁVKY - HDA	$\Sigma$ HDO	

**2.2.37. Vyúčtování výkonů záchranné služby****Atributy z hlavičky dokladu**

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
HCID	- číslo dokladu / kontrola na duplicitu	E
HICO	- IČZ.IČP SZZ / na existenci v registru RSZ / na platnost smlouvy v RSZ	E E
HROD	- číslo pojištěnce / na registr pojištěnců CRP	E
HZDG	- základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce ZNA uvedena "*"	E
HDAT	- datum zásahu / patří do období v hlavičce dávky	E

**Atributy z řádku dokladu**

ATRIBUT	POLOŽKA / KONTROLA	NEG.
VKOD	- číslo výkonu / na smlouvu pokud VKOD < 100 - dopravní výkon / na existenci v číselníku Doprava	E E
	pokud VKOD >= 100 - zdravotní výkon / na existenci v číselníku VYK	E
VPOC	- počet vykázaných výkonů / km pokud VKOD >= 100 a VPOC > 9	E
LTPR	- skupina podaného léčivého přípravku nebo ZP	
LKOD	- kód podaného léčivého přípravku nebo ZP	
LMNO	- množství podaného léčivého přípravku nebo ZP	
LFIN	- cena za množství podaného léčivého přípravku nebo ZP	

**Atributy z číselníků**

ATRIBUT	ZKRATKA	POLOŽKA
DOPR.KOD	KOD	- číslo dopravního výkonu
DOPR.KOD.BOD	BOD	- maximální body pro dané číslo dopravního výkonu (nepoužívá se)
DOPR.KOD.VAKC	VÁHAKČ	
DOPR.KOD.VAKM	VÁHAKM	

<b>ATRIBUT</b>	<b>ZKRATKA</b>	<b>POLOŽKA</b>
DOPR.KOD.MINUH	MINUH	
VFOND.KOD.HOD	HB	- hodnota bodu podle období v hlavičce dávky
VYK.KOD.BOD		- počet bodů za výkon, podle data VDAT
VYK.KOD.BODR		- body za režii, přiřazené k danému číslu výkonu
XXX.KOD.MAX		- úhrada léčivého přípravku nebo ZP pojišťovnou

### Atributy z registrů

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
RSZ.IČZ.IČP	- pracoviště IČZ smluvního zařízení
RSZ.IČZ.IČP.KOD	- nasmlouvané číslo dopravního výkonu SZZ
RSZ.IČZ. IČP KOD.SMSAZ	- nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu
RSZ.IČZ.IČP.KOD.SMBODY	- nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu
RSZ.IČZ.IČP.KOD.SMPAU	- nasmlouvaný paušál na období
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP
RSZ.IČZ.ODB.KRV	- koeficient minutové režijní sazby přiřazené k výkonům

### Výpočet úhrady

Závisí na smlouvě se SZZ.

Úhrada dopravních výkonů se počítá podle vzorce uvedeného v kapitole 2.2.34.0.

Úhrada zdravotních výkonů se počítá jako u dokladu 01.

Úhrada zvlášť účtovaného materiálu se počítá jako u dokladu 03.

<b>HODNOTA</b>	<b>ÚHRADA</b>	<b>POZNÁMKA</b>
DOKLADU - HDO	$\Sigma$ HŘ	
DÁVKY - HDA	$\Sigma$ HDO	

### 2.2.39. Vyúčtování náhrady cestovních nákladů

Pokud pojištěnec použije pro indikovaný převoz sanitou vlastního vozidla, výše úhrady VZP je dána pevnou sazbou v Kč za km.

### Atributy z registrů

<b>ATRIBUT</b>	<b>POLOŽKA</b>
CRP.CP	- číslo pojištěnce v registru pojištěnců CRP

### Výpočet hodnoty

Po kontrole ÚP uhradí požadovanou nebo upravenou částku odpovídající ujetým km.

### 3. Stručný popis jednotlivých forem úhrady zdravotní péče

V této části jsou velmi stručně popsány hlavní současně dohodnuté a uplatňované formy úhrady zdravotní péče, jejich princip, použitá hodnota bodu pro prvotní ohodnocení dokladů a formy regulace. Postup při stanovení formy úhrady, stanovení porovnávacího objemu úhrady (POÚ), omezení úhrady a jejich kombinace bývají obvykle výsledkem dohodovacího jednání a bývají zveřejněny ve Věstníku ministerstva zdravotnictví ČR. Jednotlivé zdravotní pojišťovny mohou mít smluvně dohodnutou jinou formu úhrady.

Doklady, ohodnocené podle pravidel popsaných v předchozí části, jsou SZZ hrazeny podle smluvně dohodnuté formy úhrady. Podle smluvních ujednání jsou rovněž limitovány předběžné nebo celková výše úhrady a vypočteny POÚ pro stanovení paušálů a fakturaci.

#### Formy úhrady:

Forma	Princip	HB<i> v Kč
Výkonová úhrada	Dávky a doklady jsou ohodnoceny podle těchto Pravidel. K ohodnocení dokladů je použita smluvně dohodnutá HB.	smluvní HB
Platba podle ceníku	Dávky a doklady jsou ohodnoceny podle těchto Pravidel.	0,00
Paušální platba	Na základě smlouvy pojišťovny se SZZ je sjednána čtvrtletní paušální úhrada. Výše paušální úhrady vychází z objemu poskytnuté péče v porovnávacím období. Metodika výpočtu porovnávacího objemu úhrady je součástí smlouvy.	0,00
KKVP	Kombinovaná kapitačně-výkonová platba je uplatňována pro stanovenou odbornost. Na základě počtu a věkové struktury zaregistrovaných pojištěnců je stanovena kapitační platba, a to za vyjmenované výkony. Další výkony a výkony neodkladné péče pro neregistrované pojištěnce jsou hrazeny mimo kapitační platbu. Metodika KKVP je součástí smlouvy.	smluvní HB
Kombinovaná paušální a výkonová platba v dopravě	Stanovené procento z POÚ v Kč + fixní částka Kč/km.	není
Sestupná hodnota bodu komplementu	Doklady jsou ohodnoceny v bodech. Po skončení období (čtvrtletí) je úhrada spočítána tak, že prvních "a" % vykázaných bodů je ohodnoceno nejvyšší HB, dalších "b" % bodů prostřední HB a zbylé body nejnižší HB.	0,00
Lázně	Platba je podle smluvního ujednání. Sestává z platby za léčení, pobyt, stravu a případně stravu a ubytování doprovodu.	není
Ozdravovny	Platba je podle smluvního ujednání. Sestává z platby za pobyt, stravu a ozdravenský program.	

**Formy omezení (regulace) úhrady:**

<b>Omezení</b>	<b>Princip</b>
Fakturační limit	Měsíční omezení předběžné úhrady stanovené na základě POÚ. Používá se k výkonové formě úhrady.
Maximální úhrada	Maximální měsíční (čtvrtletní, pololetní) omezení úhrady stanovené na základě POÚ.
Časová limitace	Omezení čtvrtletní úhrady podle § 41 zákona č. 48/1997 Sb., resp. jiná časová limitace zakotvená ve smlouvě.
Regulační mechanismy v AZZ	Omezení úhrady na základě porovnání vlastních a vyvolaných nákladů (úhrady za vlastní vykázané výkony, vyvolané náklady za předepsané léčivé přípravky, ZP a vyžádanou péči v jednotlivých složkách) s náklady AZZ v referenčním období a/nebo celostátními průměry. Uplatňuje se při překročení o dohodnuté procento.
Regulační mechanismy v KKV	Omezení úhrady na základě porovnání vlastních a vyvolaných nákladů s náklady AZZ v referenčním období a/nebo celostátními průměry. Uplatňuje se při překročení součtu úhrady o dohodnuté procento. Uplatňuje se v součtu i v jednotlivých složkách za vlastní vykázané výkony, předepsané léčivé přípravky a vyžádanou péči v jednotlivých složkách pro neregistrované pojištěnce, dále na předepsané léčivé přípravky, ZP a vyžádanou péči pro registrované pojištěnce a na poměr úhrady za neregistrované a registrované pojištěnce.
Minimální % vykázané péče	Týká se zařízení hrazených paušální platbou. Pokud ZZ nevykáže dohodnutý objem péče (v bodech nebo v OD nebo v km), je mu podle příslušné metodiky krácena paušální úhrada.
Regulace preskripce v LZZ	Pokud překročí hodnota preskripce POÚ za předepsané léky, je ZZ uplatněna regulační srážka o dohodnuté procento, při nedosažení POÚ je ZZ úhrada o stejné procento navýšena.

Popsané formy úhrady a jejich omezení popisující financování zdravotní péče se mohou měnit.

## 4. Sestavy

Pojišťovny přebírají od ZZ doklady o poskytnuté zdravotní péči v dávkách podle konkrétních ustanovení ve smlouvách. Pojišťovna informuje ZZ o výsledku zpracování a vyhodnocení dávek dokladů v Pojišťovně tiskovými sestavami. Dále uvedený popis obsahu sestav se týká sestav VZP, sestavy jednotlivých ZZP se mohou lišit podle zvyklostí a smluvní dohody se ZZ.

Denní uzávěrka dávek se provádí nad dávkami dokladů v době, kdy Pojišťovna po kontrole revizními lékaři a po rozhodnutí likvidátora uzná nárok ZZ na proplacení dávky (dávek) dokladů ve vypočtené hodnotě. Do provedení denní uzávěrky mohou revizní lékaři a likvidátoři provádět povolené změny na dokladech, provedením denní uzávěrky tato možnost končí. Výsledky další revizní činnosti mohou být zúčtovány pouze doklady obvyklými v účetním styku (dobropis, vrubopis). S denní uzávěrkou vznikají finanční závazky Pojišťovně vůči ZZ. Jako doklad o převzatých a odmítnutých dávkách, dokladech a položkách v dokladech, se ZZ předávají dále uvedené sestavy. Některé sestavy se předávají standardně, ostatní dle dohody mezi Pojišťovnou a smluvním ZZ.

Uzávěrka období se stejnou hodnotou bodu (Bodová uzávěrka) se provádí nad dávkami dokladů tehdy, když Pojišťovna ukončuje období s vyhlášenou hodnotou bodu. Dávky, uzavřené denní uzávěrkou po uzávěrci období s vyhlášenou hodnotou bodu, již budou propláceny v dalším období. Uzávěrka období se stejnou hodnotou bodu se v Pojišťovně provádí po skončení období platnosti vyhlášení hodnoty bodu, obvykle jednou za čtvrtletí. Do této uzávěrky spadají všechny denní uzávěrky provedené v příslušném období, nespádají do ní dávky, které mají předkládací období (období z průvodního listu dávky) vyšší než období, ke kterému byla tato uzávěrka provedena.

Datový obsah sestav předávaných ZZ je uveden dále. Sestavy slouží k dokumentaci zpracování dokladů v Pojišťovně. Ohodnocení dávek dokladů v sestavách nezávisí na způsobu financování a proto nemusí vždy korespondovat s příslušnými fakturami. Sestavy obvykle sestávají ze tří částí:

- Záhlaví sestavy
- Tělo sestavy
- Souhrn sestavy

### **Záhlaví sestavy obsahuje:**

Označení ÚP, které dávky dokladů zpracovalo

Označení a název sestavy

Pořadové číslo strany sestavy (celkový počet stran sestavy)

Datum vytvoření sestavy

Číslo denní uzávěrky a její datum

Identifikace SZZ

Zpracovávané období

**Tělo sestavy obsahuje řádky** členěné do sloupců. Tělo sestavy se může opakovat. Řádky obsahují:

- Identifikaci dávky dokladů (číslo dávky, období, vykázané body, vykázané Kč)
- Identifikaci dokladů (číslo dokladu, požadované/vypočtené/uznané body a cena)
- Součty sloupců v těle sestavy

**Souhrn sestavy obsahuje:**

- Celkové součty
- Datum, podpis

Následuje popis obsahu těla a souhrnu jednotlivých sestav VZP, u protokolu o kontrole datového nosiče navíc popis záhlaví.

### **Protokol o kontrole datového nosiče**

Protokol vystavuje pojišťovna standardně při příjmu datového nosiče.

Záhlaví sestavy:

- Identifikace ZZ
- Identifikace Pojišťovny
- Datum kontroly datového nosiče
- Datum vytvoření souboru
- Velikost souboru
- Počet dávek na datovém nosiči

Tělo sestavy:

- Identifikace přijatých dávek
- Identifikace odmítnutých dávek
- V případě odmítnutí některé dávky identifikace chyby a její lokalizace

Souhrn sestavy:

- Stav datového nosiče – (přijatý úplný, neúplný, odmítnutý)

## Oznámení o zpracování dávek výkonů

Sestava dává přehled o platbách pro jedno IČZ v analytickém členění po denní uzávěrce. Stejně jako předchozí “Denní uzávěrka dávek k proplacení” obvykle zahrnuje dávky, předložené v jednom předkládacím termínu nebo s jednou fakturou. Obě sestavy spolu musí korespondovat.

Tělo sestavy:

- Výdajový fond
- Číslo dávky
- Rok období VZP
- Měsíc období VZP
- Rok předkládacího období z průvodního listu dávky
- Měsíc předkládacího období z průvodního listu dávky
- Body za dávku vypočtené ve VZP k proplacení SZZ
- Cena za body za dávku vypočtená ve VZP k proplacení SZZ
- Cena za korunové položky za dávku vypočtená ve VZP k proplacení SZZ
- Celková hodnota dávky v Kč vypočtená ve VZP k proplacení SZZ
- Celkový počet dokladů odmítnutých, při pořizování dokladů, systémem, likvidátorem nebo revizním lékařem
- Celkový počet dokladů zpracovaných
- Celkový počet dokladů v dávce předložených ZZ
- Datum předložení dávky

Souhrn sestavy:

- Celková cena za body určená k proplacení - součet za ZZ
- Celkový počet bodů k proplacení - součet za ZZ

## Denní uzávěrka dávek k proplacení

Sestava dává přehled o stavu a ocenění dávek k proplacení od jednoho IČZ po denní uzávěre. Obvykle zahrnuje dávky, předložené v jednom předkládacím termínu nebo s jednou fakturou.

Tělo sestavy:

Měsíc předkládacího období z průvodního listu dávky  
Rok předkládacího období z průvodního listu dávky  
Číslo dávky  
Body vykázané v průvodním listu dávky  
Cena vykázaná v průvodním listu dávky  
Body za dávku vypočtené ve VZP k proplacení SZZ  
Cena za dávku vypočtená ve VZP k proplacení SZZ včetně paušálu za léky  
Paušál na léky vypočtený ve VZP  
Celková hodnota dávky v Kč, včetně přepočítaných bodů dle hodnoty bodu, platné k předkládacímu období dávky  
Celkový počet dokladů v dávce  
Celkový počet dokladů odmítnutých, při pořizování dokladů, systémem, likvidátorem nebo revizním lékařem  
Datum předložení dávky  
Datum, kdy byla ukončena likvidace dávky

Souhrn sestavy:

Součet za ZZ  
Součet za uzávěrku.



## Denní uzávěrka odmítnutých dávek, dokladů a položek

Sestava obsahuje rozpis odmítnutých dávek, dokladů a položek dokladů s jmenovitým označením chyb, vedoucích k odmítnutí. Má v podstatě funkci přílohy k sestavě “Denní uzávěrka dávek k proplacení” a poskytuje zdravotnickému zařízení dostatečné informace pro případnou opravu odmítnutých dokladů.

Tělo sestavy:

- Číslo dávky
- Typ dávky
- Charakter dávky (Původní nebo Opravná)
- Měsíc období z průvodního listu dávky
- Rok období z průvodního listu dávky
- Celkový počet dokladů v dávce
- Celkový počet chyb v dávce
- Indikace, zda celá dávka byla odmítnuta systémem
- Indikace, zda celá dávka byla odmítnuta při pořizování
- Indikace, zda celá dávka byla odmítnuta likvidátorem nebo RL
- Kód chyby, slovní popis chyby
- Číslo dokladu
- Identifikační číslo pracoviště
- Odbornost pracoviště
- Číslo pojištěnce
- Cena za doklad
- Počet chyb na dokladu
- Indikace, zda celý doklad byl odmítnut systémem
- Indikace, zda celý doklad byl odmítnut při pořizování
- Indikace, zda celý doklad nebo jeho řádek byl odmítnut likvidátorem nebo RL
- Indikace, zda celý doklad byl indukovaně odmítnut
- Lokalizace chyby (hlavička / řádek dokladu)
- Kód chyby, slovní popis chyby
- List dokladu, na kterém se chyba vyskytla
- Pořadové číslo řádku dokladu, na kterém se chyba vyskytla
- Datum
- Skupina léčivých přípravků dle číselníku skupin léčivých přípravků a

ZP  
Kód výkonu, léčivých přípravků, ZP  
Množství  
Cena za množství  
Sdělení subjektu

Souhrn sestavy:

Součet odmítnutých dokladů za IČZ

### **Přehled položek se sníženou cenou**

Sestava podává informaci o snížení úhrady materiálu, léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků pro IČZ a zadané období. Sestava je členěna po dávkách a jsou vyčísleny rozdíly.

Tělo sestavy:

Číslo a typ dávky  
Období dávky  
Číslo a druh dokladu  
Zvláštní položka  
List dokladu  
Číslo řádku na dokladu  
Skupina léčivého přípravku, zdravotnického prostředku a stomat. výrobků  
Kód léčivého přípravku, zdravotnického prostředku nebo stomat. výrobku  
Datum vydání  
Číslo pojištěnce  
Množství  
Cena, kterou vykázalo smluvní zařízení  
Cena, kterou VZP proplácí  
Rozdíl mezi vykázanou a proplacenou cenou

Souhrn sestavy:

Celkový rozdíl za dávku dokladů  
Celkový rozdíl za smluvní zdravotnické zařízení

## **Přehled položek odmítnutých likvidátorem**

Sestava podává informaci o odmítnutém (revizním lékařem a likvidátorem) výkonu nebo materiálu vykázaném pro zadané období. Sestava je členěna po dávkách a je vyčíslena hodnota odmítnutých položek.

Tělo sestavy:

- Číslo a typ dávky
- Období dávky
- Číslo a druh dokladu
- List dokladu
- Číslo řádku na dokladu
- Skupina léčivého přípravku
- Kód
- Body vypočtené ve VZP
- Cena vypočtená ve VZP
- Číslo pojištěnce
- Důvod odmítnutí

Souhrn sestavy:

- Celková cena za dávku dokladů
- Celková cena za smluvní zdravotnické zařízení

## Rekapitulace nároků na kapitační platbu

Sestava podává informaci o uznaném nároku ZZ na kapitační platbu. Sestava se předává měsíčně.

Tělo sestavy:

Členění registrovaných pojištěnců s uvedením

- věkové skupiny (VS)
- počtu registrovaných placených pojištěnců ve VS
- věkového koeficientu VS
- počtu jednicových pojištěnců ve VS

Součet registrovaných a jednicových pojištěnců

Seznam registrovaných pojištěnců bez nároku na kapitační platbu

- příjmení a jméno
- číslo pojištěnce
- důvod neposkytnutí kapitační platby

Kapitační paušál

Degresní koeficient

Celková kapitační platba pracoviště

Souhrn sestavy:

Celková kapitační platba za období

Celková kapitační platba za IČZ

**Protokol o uznaných a odmítnutých registracích pojištěnců**

Sestava podává informaci o uznaných a odmítnutých registracích u praktického lékaře. V případě odmítnutých registrací identifikaci pojištěnců a důvod odmítnutí registrace. Sestava se předává měsíčně.

Tělo sestavy:

- Počet uznaných pojištěnců
- Počet odmítnutých pojištěnců
- Rozpis odmítnutých pojištěnců v členění
- Jméno a příjmení pojištěnce
- Číslo pojištěnce
- Kód zdravotní pojišťovny
- Příznak uznání nebo odmítnutí registrace
- Důvod odmítnutí

Sestava nemá souhrn.

**Seznam registrovaných pojištěnců ke dni**

Sestava podává praktickému lékaři informaci o jeho zaregistrovaných pojištěncích. Předává se měsíčně na vyžádání a na magnetickém médiu.

Tělo sestavy:

- Rozpis pojištěnců v členění
- Jméno a příjmení pojištěnce
- Číslo pojištěnce
- Datum uznání registrace
- Kód zdravotní pojišťovny

Souhrn sestavy:

- Uznáný počet pojištěnců

### **Protokol ukončených registrací pro ZZ**

Sestava podává praktickému lékaři informaci o jeho zaregistrovaných pojištěncích. Předává se měsíčně na vyžádání a na magnetickém médiu.

Tělo sestavy:

Rozpis pojištěnců v členění  
Jméno a příjmení pojištěnce  
Číslo pojištěnce  
Datum ukončení registrace  
Důvod odmítnutí

Souhrn sestavy:

Ukončený počet pojištěnců