

Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR

verze 6.2.12

Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR
Praha k 01.01.2018

Jakékoli podněty na úpravy směřujte na kpm@vzp.cz .

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 4 |
| 1. Doklady a dávky dokladů | 5 |
| 1.1. Dávky dokladů | 5 |
| 1.1.1. Převzetí dávky dokladů | 5 |
| 1.1.2. Kontrola dávky dokladů | 5 |
| 1.1.3. Odmítnutí datového nosiče při příjmu | 6 |
| 1.1.4. Odmítnutí dávky dokladů při příjmu | 7 |
| 1.1.5. Odmítnutí dávky dokladů při zpracování | 7 |
| 1.2. Doklady | 7 |
| 1.2.1. Přijaté doklady | 7 |
| 1.2.2. Kontrola dokladů v informačním systému | 7 |
| 1.2.3. Kontrola dokladů revizním lékařem | 8 |
| 1.2.4. Odmítnutí souvisejících dokladů | 8 |
| 1.2.5. Odmítnutí dokladu | 9 |
| 1.2.6. Odmítnutí nebo změna části dokladu revizním lékařem | 9 |
| 2. Výpočet hodnoty jednotlivých dokladů | 10 |
| 2.1. Obecná pravidla | 10 |
| 2.2. Vyúčtování dokladů | 12 |
| 2.2.01. Vyúčtování výkonů v ambulantní péči | 12 |
| 2.2.01s. Vyúčtování výkonů v ambulantní stomatologické péči | 14 |
| 2.2.02. Vyúčtování výkonů v ústavní péči | 15 |
| 2.2.02s. Vyúčtování výkonů ve stomatologické ústavní péči | 18 |
| 2.2.02.1. Výpočet hodnoty ošetrovacích dnů v sestupné platbě | 18 |
| 2.2.02.2. Výpočet hodnoty ošetrovacích dnů v nesestupné platbě | 21 |
| 2.2.02.3. Výpočet paušálů za léky | 21 |
| 2.2.03. Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP | 22 |
| Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 1 - LEKY | 23 |
| Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 2 - IVLP | 25 |
| Zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP, skupina 3 - ZP | 26 |
| Stomatologické výrobky, skupina 4 - STOMAG | 26 |
| 2.2.05. Vyúčtování výkonů nepravidelné péče | 28 |
| 2.2.06. Poukaz na vyšetření/ošetření | 29 |
| 2.2.10. Recept | 30 |
| 2.2.12. Poukaz na brýle a optické pomůcky | 33 |
| 2.2.13. Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku | 34 |
| 2.2.14. Poukaz na foniatickou pomůcku | 37 |
| 2.2.16. Vyúčtování lázeňské péče | 38 |
| 2.2.23. Vyúčtování ozdravenské péče | 40 |
| 2.2.30. Registrační list | 41 |
| Definice základních pojmů | 42 |
| Vyhodnocování registračních listů | 43 |
| Určení hodnoty regresního koeficientu | 44 |
| Tabulka indexů pro věkové skupiny odbornosti 001 a 002 | 44 |
| Tabulka regresních koeficientů odbornosti 001 a 002 | 45 |
| 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 | 48 |
| 2.2.36. Vyúčtování cest lékaře v návštěvní službě | 49 |
| 2.2.37. Vyúčtování výkonů záchranné služby | 50 |
| 2.2.39. Vyúčtování náhrady cestovních nákladů | 51 |
| 3. Stručný popis jednotlivých forem úhrady zdravotní péče | 52 |
| 4. Sestavy | 54 |
| Protokol o kontrole datového nosiče | 55 |
| Oznámení o zpracování dávek výkonů | 56 |
| Denní uzávěrka dávek k proplacení | 57 |
| Denní uzávěrka odmítnutých dávek, dokladů a položek | 58 |
| Přehled položek se sníženou cenou | 59 |
| Přehled položek odmítnutých likvidátorem | 59 |

| | |
|--|-----------|
| Rekapitulace nároků na kapitační platbu | 61 |
| Protokol o uznaných a odmítnutých registracích pojištěnců | 62 |
| Seznam registrovaných pojištěnců ke dni | 62 |
| Protokol ukončených registrací pro ZZ | 63 |
| ASCII verze sestavy R1449 | 63 |

Úvod

V návaznosti na vydání Metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP (dále jen Metodika) a Datového rozhraní VZP (dále jen DR) vydává VZP Pravidla 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 služby poskytnuté pojištěncům VZP a vykázané 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 PZS.

Tato Pravidla navazují na materiály vydávané VZP:

- Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR,
- Datové rozhraní VZP ČR,
- 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).

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.

| | |
|----------|--|
| RSZP | Registr subjektů zdravotního pojištění |
| DOPR | Číselník Doprava |
| DRG | Experimentální platba podle diagnostické skupiny |
| DVYK | Číselník Cenová pásma (pro sestupnou platbu ošetřovacích dnů) |
| HB<i> | Hodnota bodu - je pro dané PZS 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 zdravotnického pracoviště |
| IS | Informační systém |
| IVLP | Číselník Individuálně připravovaná léčiva a 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 ošetřovacímu dni (OD) |
| KKVP | Kombinovaná kapitačně-výkonová platba |
| KP | Krajská pobočka VZP |
| 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 |
| RP | Regionální pobočka |
| RS | Regulační mechanismus (regulační srážka) |
| RPP | Registr poskytovatelů zdravotních služeb |
| STOMAG | Číselník Stomatologické výrobky |
| STOVY | Číselník Výkony s povinnou lokalizací zubu |
| PZS | Smluvní poskytovatel zdravotních služeb |
| UKLE | Číselník Ukončení léčení |
| ÚP | Územní pracoviště (místně příslušné pracoviště zdravotní pojišťovny) |
| VFOND | Číselník Výdajové fondy |
| VYK | Číselník Zdravotní výkony |
| ZP | Zdravotnické prostředky |
| PZS | Poskytovatel zdravotních služeb |

1. Doklady a dávky dokladů

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

1.1. Dávky dokladů

1.1.1. Převzetí dávky dokladů

Pojišťovna přebírá od PZS 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 PZS, který 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) PZS doklady znovu nepředkládá.

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

1.1.2. Kontrola dávky dokladů

Pokud PZS 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 PZS.

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 VZP KONTROL dostává PZS 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,
- neobsahuje soubor KDAVKA,
- nespĺňuje datové rozhraní:
 - **Číslo pojištění** - formální správnost – kap. „Kódy desetimístné identifikace“ platné Metodiky
 - **Číslo pojištění** - kontrola na shodu čísla na dokladech 01, 01s, 02, 02s, 02p a 06 s návazným dokladem (nebo návaznými doklady) 03, 03s
 - **Kód pojišťovny** - při povinném vyplnění je vyžadováno “111”
 - **Číslo pracoviště** - 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:

- PZS v běžném roce již předložilo dávku se stejným číslem dávky (duplicitní číslo dávky).
- Při zpracování dávky jsou odmítnuty všechny doklady téže dávky.
- PZS 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 pochybení, nesprávné vykázání | RL může odmítnout, jinak se uhradí |

Příklady:

- Dokladem se kontroluje příslušnost pojištěnce k VZP. Při této kontrole se provádí tzv. kontrola na registry, tedy zda je číslo pojištěnce, uvedené na dokladu, v registru VZP. Pokud není číslo pojištěnce v registru, je takový doklad při validaci označen symbolem “E” (chyba). 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 PZS 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 PZS 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” (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 vykázány 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
- PZS v kalendářním roce již předložil duplicitní doklad se stejným číslem a pokud je předkládaný doklad v původní (nikoli v opravné) dávce
- se týká pojištěnce jiné pojišťovny
- jsou doklady předloženy ZZ s dosud neuzavřenou nebo neplatnou smlouvou. Výjimkou, která podléhá posouzení RL, je vykázání 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 vykázání 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.
- upravit zvýšenou úhradu, kterou předem nepovolil, na hodnotu maximální úhrady VZP (hodnota MAX v číselníku).
- odmítnout nesprávně vykázaný kód výkonu nebo léčivého přípravku.

Odmítnutí speciální položky, zvýšené úhrady, nesprávně vykazaného 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 **dávky** jednotlivých dokladů se provádí podle platných číselníků VZP ČR, které vycházejí z **platné** legislativy. Při změnách cen předává VZP číselníky svým smluvním partnerům. Veškeré ceníkové údaje v číselnících IS VZP mají definovanou dobu platnosti od - do.

Smluvní ZZ jsou rozdělena do jedné nebo více skupin podle druhu hrazení zdravotní péče (DHP). Každý DHP může mít jinou hodnotu bodu.

DHP každého PZS, nebo jeho části, je uveden ve smlouvě a v IS je veden v registru smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (RPP). Hodnota bodu (**HOD**) pro dané PZS nebo jeho část se zjistí podle DHP, který je uveden pod atributem KOD z číselníku "Výdajové fondy".

Tato hodnota bodu **VFOND.HOD(KOD)** se bere pro výpočet hodnoty dokladu daného PZS, nebo jeho části:

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

Hodnota dávky, dokladu i řádku 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 PZS 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 PZS. 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 PZS 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
RPP - Registr poskytovatelů zdravotních služeb
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 $\langle \rangle$ značí nerovnost, např.: Výraz PZT.KOD.UPO \langle "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 |
| HICO | - IČZ.IČP PZS / na existenci v registru RPP / na platnost smlouvy v RPP | E E |
| HROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | E |
| HZDG | - základní diagnóza / na existenci 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 RPP | E E |
| GCIS | - ostatní diagnózy / na existenci v číselníku JDG4 | E |

Atributy z řádku dokladu

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|----------------|---|-------------|
| 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 RPP.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 RPP | E |
| VDIA | - řádková diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 - je-li v položce ZNA uvedena "*" | E |

Atributy z číselníků

| ATRIBUT | ZKRATKA | POLOŽKA |
|----------------|----------------|--|
| 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

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|-----------------|---|
| RPP.IČZ.IČP | - pracoviště IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RPP.IČZ.IČP.ODB | - nasmlouvaná odbornost na pracovišti PZS |
| RPP.IČZ.IČP.KOD | - nasmlouvané číslo výkonu na pracovišti PZS |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

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 PZS 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) 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 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

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|---|------|
| HCID | - číslo dokladu / kontrola na duplicitu | E |
| HICO | - IČZ.IČP PZS / na existenci v registru RPP | E |
| | / na platnost smlouvy v RPP | E |
| HROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | 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 RPP | 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

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|--|------|
| 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 | E |
| | / na zvláštní položku v číselníku VYK.KOD.KAT = "Z" | S |
| | / nasmlouvaný výkon v RPP.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

| ATRIBUT | ZKRATKA | POLOŽKA |
|---------------|---------|--|
| 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 ošetrovacímu dni hospitalizace pro kategorii pacienta "i" v bodech |
| 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

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|-----------------|---|
| RPP.IČZ.IČP | - pracoviště IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RPP.IČZ.IČP.ODB | - nasmlouvaná odbornost na pracovišti PZS |
| RPP.IČZ.IČP.KOD | - nasmlouvané číslo výkonu na pracovišti PZS |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

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 ošetrovací 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

| HODNOTA | ÚHRADA | POZNÁMKA |
|---------|--------|----------|
|---------|--------|----------|

| | | | |
|---------|-------|---------------------------------|---------|
| 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.

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

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 vyazuje doklad vyúčtování výkonů v ústavní péči (doklad 02) samostatně pro každou hlavičkovou odbornost (viz Metodika). Na dokladu 02 mohou být spolu vykazány 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 vykazány 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 vykazován 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 vykázány výkony s hodnotou atributu OME="P"
- je v jeden den vykázáno 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 ošetřovacích dnů v sestupné platbě

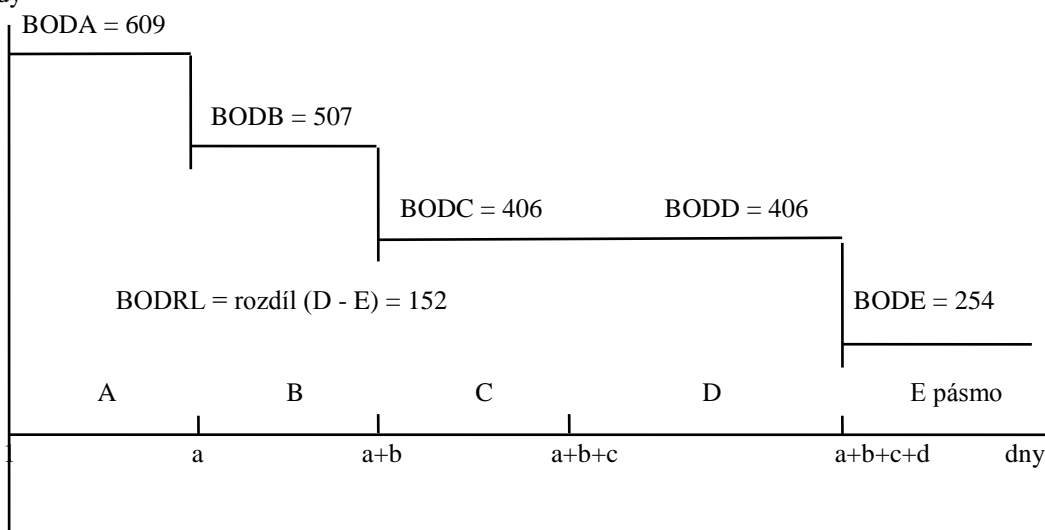
Následující schéma je uvedeno pro kód výkonu s hodnotou atributu OME="D" a pro doklad 02. Doklad začíná kódem 00880 (nová - prvotní hospitalizace, ne pokračující hospitalizace). Schéma a dále uvedený výpočet platí pro léčení započaté i ukončené na jednom dokladu 02, s jednou hlavičkovou odborností. Přeložení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

Body



Výpočet bodové hodnoty ošetřovacích 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 pásnu E (do konce hospitalizace) má bodovou hodnotu **BODE** bodů. Bodová hodnota pro jednotlivá časová pásma je v číselníku “Cenová pásma”.

Počty dnů v pásnu 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 PZS.

Počet dnů v pásnu 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 pásnu 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 pásnu 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 pásnu. 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 pásnu 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 pásnu 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 pásnu 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 pásnu 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 vykázány, 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 PZS 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 nedoléčený 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 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 (první) 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 PZS 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 PZS vykázalo jako novou hospitalizaci a které ve skutečnosti znamenají pokračování hospitalizace a naopak, ÚP přepočte, o tomto přepočtu vystaví protokol a obvyklým způsobem provede doúčtování:

- 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"**, tj. počítá se za některé ošetrovací dny (dále jen OD). Tyto kódy dále nazýváme pobytovými dny.

HP = POVPD x ODB.KOD.PH1(DATUM) x RPP.IČZ.ODB.KHP(DATUM)

kde značí

HP ... hospitalizační paušál za léčivé přípravky na dokladu

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

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

RPP.IČZ.ODB.KHP(DATUM) ... koeficient hospitalizačního paušálu, nasmlouvaný pro danou odbornost se PZS.

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 PZS / na existenci v registru RPP / na platnost smlouvy v RPP | E |
| HROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | E |
| HODB | - odbornost v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB / na existenci IČZ.IČP.ODB v RPP | 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

skupina 2 IVLP - pro zvláštní lékařské účely
 skupina 3 PZT - Číselník individuálně vyráběných léčivých přípravků
 Číselník zdravotnické prostředky
 Atributy těchto číselníků jsou uvedeny dále, pro jednotlivé skupiny.

Atributy z registrů

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|-----------------|---|
| RPP.IČZ.IČP | - pracoviště IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RPP.IČZ.IČP.ODB | - nasmlouvaná odbornost na pracovišti PZS |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

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 vykázaný v dávce 82** se ohodnotí jako vykázaný ve standardní lůžková péči (hospitalizační),
- **Doklad 03 vykázaný v dávce 90** s hospitalizační odborností žadatele i poskytovatele se ohodnotí jako vykázaný ve standardní lůžková péči (hospitalizační),
- **Doklad 03 vykázaný v dávce 90** s odborností intenzivní péče žadatele i poskytovatele se ohodnotí jako vykázaný v intenzivní péči,
- **Doklad 03 vykázaný v dávce 99** s odborností žadatele 9U7 (LDN) se ohodnotí jako vykázaný 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

| ATRIBUT | ZKRATKA | POLOŽKA |
|--------------|---------|------------------------|
| 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 PZS vykazovat pouze v odbornosti 202 a 222.

Výpočet úhrady

| LFIN | MAX | ÚHRADA |
|------|-----|---------------------|
| + | + | min(LFIN, MAXxLMNO) |

| | | | |
|------|------|--|-------------------|
| | NULL | | 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 ("P", "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 | + | $\min(LFIN, MAXxLMNO, MFCxLMNO)$ $\min(LFIN, MFCxLMNO)$ |

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.

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|----------------|--|-------------|
| 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

| ATRIBUT | ZKRATKA | POLOŽKA |
|----------------|----------------|---|
| 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 protokuluje*

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

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|---|-----------------|
| EICZ | - identifikační číslo pracoviště žadatele | E |
| EODZ | - odbornost žadatele v hlavičce dokladu / na existenci v číselníku ODB / na existenci ve smlouvě v RPP / na povinné vyplnění | E W E |
| EROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | 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

| HODNOTA | ÚHRADA | POZNÁMKA |
|---------------|--|----------|
| 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 PZS 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

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|-------------------|---|------|
| RROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | E |
| RDAT | - datum vydání / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období | E |
| RLEK | - identifikační číslo předepisujícího pracoviště | E |
| RZVL | - povolení zvl. položky RL (V případě povolení RL RZVL = "X", jinak nevyplněno) | S |
| RCI _k | - skupina léčivých přípravků 1 nebo 2 | E |
| RKO _k | - kód léčivého přípravku / platnost v číselníku podle data RDAT | E |
| RMN _k | - množství podaného léčivého přípravku (pokud neuvedeno = 1) | |
| RFI _k | - cena vykázaná na dokladu za množství podaného léčivého přípravku, kde = 1 nebo 2, pro první nebo druhý předepsaný léčivý přípravek | |
| RPZU _k | - příznak požadované zvýšené úhrady (pokud je požadována zvýšená úhrada, tak RPZU _k = "Z", jinak nevyplněno) /pokud = "Z" a pokud LEKY.KOD.LEG_JUHR2 = "Z" | E |
| RDOP _k | - příznak uplatnění „doprodejové ceny“ ("D", jinak nevyplněno) | |

HL - Hodnota léčivého přípravku (výše úhrady za léčivý přípravek)

k - index položek nabývá hodnot 1 nebo 2, pro první nebo druhý předepsaný léčivý přípravek

j - index položky RCI vyjadřuje 1. nebo 2. skupinu léčivého přípravku

Atributy z registrů

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|---------|---|
| RPP.IČP | - identifikační číslo pracoviště |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

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:

| ATRIBUT | ZKRATKA | POLOŽKA |
|-------------------------------|-------------------------------|--|
| KOD.ZVL | ZVL | - zvláštní položka („Z“ – musí schválit RL) |
| KOD.MFC | MFC | - konečná cena |
| KOD.DNC | DNC | - příznak dohodnuté nejvyšší ceny („X“, jinak „Y“ nebo nevyplněno) |
| KOD.LIM _i | LIM _i | - limit pro použití LP („Z“, „L“, „H“, „O“, „K“, „T“, „U“, „B“, „E“, „W“, „A“, „D“, „C“, „S“) |
| KOD.LEG_JUHR _i | LEG_JUHR _i | - právní základ pro stanovení i-té úhrady („P“, „1“, „Q“, „O“, „G“, „D“, „Z“, „X“, „A“, „S“, „M“, „V“, NULL) |
| KOD.PUHR _i | PUHR _i | - způsob úhrady pojišťovnou „I“, „J“, „U“ - plná, NULL - částečná, „N“ - nehrazeno) |
| KOD.UHR _i | UHR _i | - maximální úhrada VZP dle úhradové sady i |
| KOD.JUHR _i _PLATDO | JUHR _i _PLA TDO | - datum platnosti dočasné úhrady / / je-li vyplněno a současně LEG_JUHR _i ≠„D“, tak chyba E |

i - index položek nabývá hodnot 1, 2 nebo 3, pro první, druhou nebo třetí sadu cen pro úhradu

Výpočet úhrady léčivého přípravku skupiny 1 – LEKY

Je-li u léčebného přípravku (dále LP)

- LIM_i = NULL, „E“ nebo „L“ lze uvést na receptu kdykoli
- LIM_i = „Z“, „V“, „W“ – uvedení na receptu musí schválit revizní lékař
- LIM_i = jinak – na receptu uvést nelze – doklad se odmítne

Je-li u LP na dokladu uvedeno RZVL_k=„X“, nebo v číselníku ZVL = „Z“, pak chyba Speciál – musí schválit RL.

Je-li na dokladu uvedeno RDOP_k = „D“ jde o požadavek k úhradě s použitím doprodejové ceny MFC, tzn. maximální ceny MFC za poslední tři měsíce. Je-li některá z MFC za poslední tři měsíce nevyplněna, pak se cena MFC nevybírání jako maximální, ale do výpočtu cena MFC vstupuje jako nevyplněná a níže uvedený vzorec $\min(\text{MFC}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$ je nahrazen hodnotou RFI_k.

Pro stanovení ceny (CENA) a pro stanovení úhrady, na kterou může následně revize cenu oříznout (MAXU) platí:

Je-li:

- PUHR_{ik} = „N“ (nehrazená léčiva) a je-li
 - RZVL_k = NULL => CENA = 0
MAXU ... nestanovuje se
 - RZVL_k = „X“ => CENA = $\min(\text{MFC}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
MAXU ... nestanovuje se
- (PUHR_{ik} = „I“, „J“, nebo „U“) nebo (PUHR_{ik} ≠ „N“ a RZVL = „X“) => CENA = $\min(\text{MFC}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$

$$\text{MAXU} = \text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k$$

- 3) ($\text{PUHR}_{ik} \neq \text{"I"}, \text{"J"}, \text{"U"} \text{ nebo } \text{"N"}$) a $\text{RZVL} = \text{NULL}$
- $\text{DNC}_k = \text{"Y"} \text{ nebo } \text{NULL} \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
 $\text{MAXU} = \text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k$
 - $\text{DNC}_k = \text{"X"} \text{ a } \text{MFC}_k < \text{UHR}_{ik} \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{MFC}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
 $\text{MAXU} = \text{UHR}_{jk} * \text{RMN}_k$
 - $\text{DNC}_k = \text{"X"} \text{ a } \text{MFC}_k \geq \text{UHR} \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$
 $\text{MAXU} = \text{UHR}_{ik} * \text{RMN}_k$

Výběr cenové sady k úhradě

Je-li:

- $\text{RPZU}_k = \text{NULL} \Rightarrow$ vezmou se ceny z 1. sady číselníku (tzn. $i = 1$)
- $\text{RPZU}_k = \text{"Z"} \text{ a je-li}$
 - $\text{LEG_JUHR2}_k = \text{"Z"} \text{ - vezmou se ceny ze 2. sady (tzn. } i = 2)$
 - $\text{LEG_JUHR2}_k = \text{"X"} \text{ - vezmou se ceny ze 2. sady (tzn. } i = 2), \text{ navíc se vypíše chyba Warning „Pro LP je v LEG_JUHR2 uveden symbol X“}$
 - $\text{LEG_JUHR2} \neq (\text{"Z"}, \text{"X"}) \text{ - chyba Error („Léčivo s vykázaným RPZU=Z nemá LEG_JUHR2=Z“) a doklad se odmítne.}$

Dále Pokud $\text{CENA} > \text{MAXU} \Rightarrow$ chyba Speciál – Kalkulovaná cena vyšší než maximální úhrada a dále:

- pokud je nalezena výjimka v DRL \Rightarrow je aplikována výjimka
- pokud neexistuje výjimka v DRL \Rightarrow schvalování RL \Rightarrow může dojít k oříznutí úhrady na MAXU

Výpočet úhrady léčivého přípravku skupiny 2 - IVLP

Pokud $\text{ZVL} = \text{"Z"} \text{ NEBO } \text{LIM1} = \text{"Z"} \Rightarrow$ recept se označí symbolem "S" – musí ho schválit RL (tato větev je využívána pro interní položky)

Pokud $\text{RZVL} = \text{"X"} \Rightarrow$ recept se označí symbolem "S" – musí ho schválit RL

Pokud $\text{RPZU} = \text{"Z"} \text{ a pokud } \text{UHR2} \neq 0,00 \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{UHR2}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$

pokud $\text{UHR2} = 0,00 \Rightarrow \text{CENA} = 0,00$

Pokud $\text{RPZU} = \text{NULL} \Rightarrow \text{CENA} = \min(\text{UHR1}_k * \text{RMN}_k, \text{RFI}_k)$

Poznámka:

V dále uvedené tabulce jsou uvedené další, historicky využívané – v algoritmu stále funkční větve. Tyto nemohou být nyní využívány z důvodu nastavení v číselníku IVLP položek UHR1 a UHR2, které jsou vždy vyplněné, položky MFC, která naopak vyplněná nikde není a povinného vyplnění RFI_k na dokladu.

| RVZL | RPZU | LIM1 | RFI | UHR | MFC | ÚHRADA | POZNÁMKA |
|------|------|------|------|------|------|---------------------------------|----------|
| + | | | + | NULL | NULL | RFI_k | |
| | | | NULL | + | NULL | $\min(RFI_i, MFC \times RMN_i)$ | |
| | | | NULL | + | NULL | 0,00 | |

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

| HODNOTA | ÚHRADA | POZNÁMKA |
|---------------|--------------|----------|
| DOKLADU - HDO | Σ HL | |
| DÁVKY - HDA | Σ HDO | |

Dále Pokud $CENA > MAXU \Rightarrow$ chyba Speciál – Kalkulovaná cena vyšší než maximální úhrada a dále

a) pokud je nalezena výjimka v DRL \Rightarrow je aplikována výjimka

b) pokud neexistuje výjimka v DRL – schválení RL $\Rightarrow CENA =$ může dojít k oríznutí úhrady

2.2.12. Poukaz na brýle a optické pomůcky

Atributy dokladu

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|--|--------|
| BROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | E |
| BDAT | - datum vydání pomůcky / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období | E |
| BDNE | - Datum vystavení poukazu na brýle / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období | E |
| BLEK | - identifikační číslo předepisujícího pracoviště | E |
| BZVL | - povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / pokud = "X" a pokud ZP.KOD. ZVL= "Z" / pokud = " " a pokud ZP.KOD. ZVL= "Z" | S E |
| BDG1 | - základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 | E |
| | <i>je-li v položce ZNA uvedena "*"</i> | E |
| | <i>je-li délka vykázané diagnózy = 3, pak: pokud existuje její 4-místné rozšíření</i> | S |
| MKO1 | - kód ZP, platnost v číselníku podle data BDAT | E |
| | - množství je vždy = 1 | |
| MFI1 | - cena za množství vydané pomůcky | |

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

2) Algoritmus vyhodnocení kódu diagnózy k hodnotě ZNA="+" nebo "-" uvedenou číselníku JDG4 nepřihlíží

Atributy z číselníků

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

| ATRIBUT | ZKRATKA | POLOŽKA |
|-------------|---------|---|
| PZT.KOD.UPO | UPO | - plná nebo částečná úhrada ("P", NULL) |
| PZT.KOD.ZVL | ZVL | - 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

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|---------|--|
| RPP.IČZ | - IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

Výpočet úhrady

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

2.2.13. Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Atributy dokladu

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|--|--------|
| OROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | E |
| ODAT | - datum vystavení poukazu | |
| OLEK | - identifikační číslo předepisujícího 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 |
| 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

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|---------|--|
| RPP.IČZ | - IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

Výpočet úhrady pomůcky

Dále uvedený výpočet úhrady platí pro dávku vlastních poukazů (vypsáných 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**
úhrada = min (OFI1, (MAX x OMN1))

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 MAX = null **potom**
úhrada = (OFI1 x OMN1 x UHP/100)
Pokud MAX ≠ null **potom**
úhrada = (min (OFI1xOMN1xUHP/100), (MAX x OMN1))

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 foniatrickou pomůcku**Atributy dokladu**

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|----------------|---|-------------|
| FROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | E |
| FDAT | - datum vydání pomůcky / patří do období v hlavičce dávky nebo do předcházejících období | E |
| FLEK | - identifikační číslo předepisujícího pracoviště | E |
| FZVL | - povolení zvl. položky nebo zvýšení úhrady RL / pokud = "X" a pokud PZT.KOD.ZVL = "Z" / pokud = " " a pokud PZT.KOD.ZVL = "Z" | S E |
| MKO2 | - kód indikační skupiny (stupeň postižení), kontroluje se v případě, že alespoň jeden z kódů MKO1 má v číselníku PZT.KOD.SKP = "S" / platnost v číselníku podle data FDAT / PZT.KOD.SKP = "X" | E E |
| FDG1 | - základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce ZNA uvedena "*" je-li délka vykázané diagnózy = 3, pak: pokud existuje její 4-místné rozšíření | E E S |

Pozn.: Algoritmus vyhodnocení kódu diagnózy k hodnotě ZNA="+" nebo "-" uvedenou číselníku JDG4 nepřihlíží

Atributy z řádku dokladu

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

| ATRIBUT | ZKRATKA | POLOŽKA |
|----------------|----------------|---|
| 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

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|---------|--|
| RPP.IČZ | - IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

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 | + | min(MFI1, MFC) |
| | | + | | min(MFI1, MAX2) |
| | NULL | 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 v rámci IČZ LZ / na platnost smlouvy v RPP | E |
| CDOK | - Číslo dokladu / na duplicitu v rámci IČZ 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 RSZP | E * |
| CP_PR | - Číslo pojištěnce - průvodce / na registr pojištěnců RSZP | 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

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|----------------|--|-------------|
| 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 Přerušeni 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 přerušeni léčby lázeňské péče. |
| LP_IND | Číselník indikační skupiny lázeňské péče. |
| LP_TYP | Číselník typů lázeňské péče. |
| LP_KUB | Číselník kategorie ubytování |

Atributy z registrů

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|----------------|--|
| RPP.IČZ | - IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

Výpočet hodnoty

| HODNOTA | ÚHRADA | POZNÁMKA |
|---------------|-----------------|----------|
| 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 ZZ 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

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|---|------|
| ICOL | - Identifikační číslo poskytovatele v rámci IČZ OZ / na platnost smlouvy v RPP | E |
| CDOK | - Číslo dokladu / na duplicitu v rámci IČZa 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 RSZP | 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 změni během ozdravenské péče pojišťovnu, musí být doklad vrácen ozdravně k rozdělení.

Atributy z řádky dokladu

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|--------------------------------------|------|
| 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

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|---------|--|
| RPP.IČZ | - IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

Výpočet hodnoty

| HODNOTA | ÚHRADA | POZNÁMKA |
|---------------|---------------------|----------|
| ŘÁDKU - HR | $HR = DOBA * SAZBA$ | |
| DOKLADU - HDO | $HDO = \sum HR$ | |
| DÁVKY - HDA | $HDA = \sum HDO$ | |

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 ZZ s Pojišťovnou. Prodlužky, přerušení 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 PZS 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 PZS v dané odbornosti je podkladem pro výpočet regresního koeficientu. Vypočtený regresní 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 poskytovatele zdravotních služeb 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 poskytovatele zdravotních služeb a jedné odbornosti.

Uplatnění degresního koeficientu je na rozhodnutí každé zdravotní pojišťovny.

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 pojišťoven u praktických lékařů. Dle aktuálního stavu Kapitačního registru přepočítává každý měsíc počty oprávněné registrovaných pojištěnců všech pojišťoven u jednotlivých lékařů na jednicové pojištěnce 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 pojištěnce 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 ZZ, 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. Do těchto hodin není započítána doba návštěvní služby.

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.

Registrovaný neplacený pojištěnec = registrovaný pojištěnec bez nároku na kapitační platbu.

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 zpracovávaný 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 PZS 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_i počet registrovaných pojištěnců i-té věkové skupiny všech pojišťoven
 VEKKOEF_i 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 PZS 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 ∈ (0 ,130> Dk = 1,000000**
- **PJP ∈ (130 ,210> Dk = - 0,0495*(PJP/100)² - 0,1375*(PJP/100) + 1,262405**
- **PJP ∈ (210 , ∞) 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 | 3,91 |
| 5 - 9 let | 1,70 |
| 10 - 14 let | 1,35 |
| 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 |

| věková skupina | index |
|----------------|-------|
| 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 |
| 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 | | |

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 PZS a odbornost

$$\text{CCKP} = \Sigma (\text{VEKKOEF}_i \times \text{HKP} \times \text{HDK})$$

suma se provede přes všechny pojištěnce daného pracoviště

CCKP celková částka kapitační platby pro jedno pracoviště lékaře PZS za měsíc

VEKKOEF_i věkový index dané skupiny pro přepočet na jednicové pojištěnce

HKP hodnota kapitačního paušálu na jednoho jednicového pojištěnce

HDK hodnota degresního koeficientu pro PZS a odbornost

Pojišťovna předá poskytovateli zdravotnických služeb každý měsíc tři sestavy týkající se KKVP:

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

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

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 ZZ (v číselníku jsou uvedeny maximální bodové hodnoty výkonu). Pro výpočet hodnoty dopravního výkonu se nasmlouvaná bodová hodnota bere z registru smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (RPP). 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 RPP.

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:

$$\text{HŘ (v Kč)} = \text{nvl}(\text{KOD.SMSAZ},0) \times \text{KOD.VÁHAKM} \times \text{nvl}(\text{km},0) + \\ + \text{nvl}(\text{KOD.SMPAU},0) + \text{KOD.VÁHAKČ} \times \text{nvl}(\text{kč},0)$$

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

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

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**

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|----------------|--|-------------|
| TCID | - číslo dokladu / kontrola na duplicitu | E |
| TICO | - identifikační číslo indikujícího pracoviště | E |
| TZDG | - základní diagnóza / na existenci v číselníku JDG4 je-li v položce 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

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

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 | |
| DOPR.KOD.MINUH | MINUH | |
| VFOND.KOD.HOD | HB | - hodnota bodu podle období v hlavičce dávky |

Atributy z registrů

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|----------------------------|--|
| RPP.IČZ.IČP | - identifikační číslo pracoviště PZS |
| RPP.IČZ.IČP.KOD | - nasmlouvané číslo dopravního výkonu na prac. PZS |
| RPP.IČZ.IČP.KOD.SMSA Z | - nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu |
| RPP.IČZ.IČP.KOD.SMBO DY | - nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu |
| RPP.IČZ.IČP.KOD.SMPU | - nasmlouvaný paušál na období |
| RSZP.CP | - číslo pojištění v registru pojištěnců RSZP |

Výpočet úhrady

Závisí na smlouvě se PZS 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 PZS / na existenci v registru RPP | E |
| | / na platnost smlouvy v RPP | E |
| HICP | - identifikační číslo pracoviště požadujícího použití vozidla DRNR / na existenci v registru RPP | E |
| | / na platnost smlouvy v RPP | E |
| HKOD | - kód druhu dopravy / na existenci v číselníku doprava | E |
| | / na existenci IČZ.IČP.KOD dopravy v RPP | E |

Atributy z řádku dokladu

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|---|------|
| V DAT | - datum provedení výkonu / patří do období v hlavičce dávky | E |
| V ROD | - číslo poj. / na registr pojištěnců RSZP | E |
| V KM | - počet vykázaných km / na vyplnění dle číselníku "Doprava" | E |
| V KC | - počet vykázaných Kč / na vyplnění dle číselníku "Doprava" | E |
| V DIA | - 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 |
|------------------------|--|
| RPP.IČZ.IČP | - identifikační číslo pracoviště PZS |
| RPP.IČZ.IČP.ODB | - nasmlouvaná odbornost na pracovišti PZS |
| RPP.IČZ.IČP.KOD | - nasmlouvané číslo dopravního výkonu na pracovišti PZS |
| RPP.IČZ.IČP.KOD.SMSAZ | - nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu |
| RPP.IČZ.IČP.KOD.SMBODY | - nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu |
| RPP.IČZ.IČP.KOD.SMPAU | - nasmlouvaný paušál na období |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

Výpočet úhrady

Závisí na smlouvě se PZS 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 | |

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

| ATRIBUT | POLOŽKA / KONTROLA | NEG. |
|---------|--|--------|
| HCID | - číslo dokladu / kontrola na duplicitu | E |
| HICO | - IČZ.IČP PZS / na existenci v registru RPP / na platnost smlouvy v RPP | E E |
| HROD | - číslo pojištěnce / na registr pojištěnců RSZP | 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 | |

| | | |
|----------------|-------|--|
| 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

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|-------------------------|--|
| RPP.IČZ.IČP | - pracoviště IČZ smluvního poskytovatele zdravotních služeb |
| RPP.IČZ.IČP.KOD | - nasmlouvané číslo dopravního výkonu PZS |
| RPP.IČZ. .IČP KOD.SMSAZ | - nasmlouvaný paušál na km, pro dané číslo dopravního výkonu |
| RPP.IČZ.IČP.KOD.SMBODY | - nasmlouvané body, pro dané číslo dopravního výkonu |
| RPP.IČZ.IČP.KOD.SMPAU | - nasmlouvaný paušál na období |
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |
| RPP.IČZ.ODB.KRV | - koeficient minutové režijní sazby přiřazené k výkonům |

Výpočet úhrady

Závisí na smlouvě se PZS.

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.

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

| ATRIBUT | POLOŽKA |
|---------|---|
| RSZP.CP | - číslo pojištěnce v registru pojištěnců RSZP |

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 PZS 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> </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 PZS 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:

| Omezení | Princip |
|-----------------------------|--|
| 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. |
| 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 KKVP | 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 ZZ 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 uzávěrce 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 PZS

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 uzávěrcce. 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 PZS
- Cena za body za dávku vypočtená ve VZP k proplacení PZS
- Cena za korunové položky za dávku vypočtená ve VZP k proplacení PZS
- Celková hodnota dávky v Kč vypočtená ve VZP k proplacení PZS
- 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 uzávěrce. 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 PZS
Cena za dávku vypočtená ve VZP k proplacení PZS 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 poskytovateli zdravotních služeb 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 poskytovatel zdravotních služeb
Cena, kterou VZP proplácí
Rozdíl mezi vykázanou a proplacenou cenou

Souhrn sestavy:

Celkový rozdíl za dávku dokladů
Celkový rozdíl za smluvního poskytovatele zdravotních služeb

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 smluvního poskytovatele zdravotních služeb

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

ASCII verze sestavy R1449

Hlavní sekce:

IČZ
Název IČZ
Číslo dávky
Typ dávky
Charakter dávky
Období dávky
Dávka odmítnuta
Počet předložených dokladů
Počet odmítnutých dokladů
Počet redukováných dokladů
Požadováno - body
Požadováno - položky v Kč
Vypočteno - body
Vypočteno - položky v Kč
Vypočteno - Kč za výkony 09552/09543
Vypočteno - Kč celkem
Status
Kód chyby pro odmítnutí dávky
Důvod odmítnutí dávky
Požadováno Kč za odmítnuté doklady dávky
Redukované doklady - požadováno celkem
Redukované doklady - vypočteno celkem
Redukované doklady - rozdíl celkem
Požadováno Kč za doklady se zjištěnou chybou

Sekce náklady:

Kód nákladu
Popis nákladu
Druh ceny nákladu
Hodnota nákladu

Sekce odmítnuté doklady:

Odmítnuté doklady - číslo dokladu
Odmítnuté doklady - IČP
Odmítnuté doklady - odbornost
Odmítnuté doklady - číslo pojištěnce
Odmítnuté doklady - list
Odmítnuté doklady - řádek
Odmítnuté doklady - datum vykazání kódu
Odmítnuté doklady - skupina
Odmítnuté doklady - odmítnutý kód
Odmítnuté doklady - množství pro kód
Odmítnuté doklady - požadováno Kč
Odmítnuté doklady - kód chyby
Odmítnuté doklady - popis chyby

Sekce redukované doklady:

Redukované doklady - číslo dokladu
Redukované doklady - IČP (vždy IČP provádějícího)
Redukované doklady - odbornost (vždy odbornost provádějícího)
Redukované doklady - číslo pojištěnce
Redukované doklady - list
Redukované doklady - řádek
Redukované doklady - datum (datum provedení/vydání)
Redukované doklady - skupina
Redukované doklady - kód
Redukované doklady - množství
Redukované doklady - požadováno
Redukované doklady - vypočteno
Redukované doklady - rozdíl

Sekce poplatky:

Vybraný výkon - kód
Vybraný výkon - počet

Sekce DP4 v dávce DP1:

DP4 v dávce DP1 - číslo pojištění
DP4 v dávce DP1 - číslo dávky
DP4 v dávce DP1 - období dávky
DP4 v dávce DP1 - číslo dokladu
DP4 v dávce DP1 - číslo řádku
DP4 v dávce DP1 - doklad odmítnut
DP4 v dávce DP1 - všechny řádky jiný DP
DP4 v dávce DP1 - vypočteno v DP4
DP4 v dávce DP1 - platné pojištění od
DP4 v dávce DP1 - platné pojištění do

Sekce DP1 v dávce DP4:

DP1 v dávce DP4 - číslo pojištění
DP1 v dávce DP4 - číslo dávky
DP1 v dávce DP4 - období dávky
DP1 v dávce DP4 - číslo dokladu
DP1 v dávce DP4 - číslo řádku
DP1 v dávce DP4 - doklad odmítnut
DP1 v dávce DP4 - všechny řádky jiný DP
DP1 v dávce DP4 - vypočteno v DP4
DP1 v dávce DP4 - platné pojištění od
DP1 v dávce DP4 - platné pojištění do

Sekce doklady se zpětnými změnami DP:

Dávka Původní
Rok
Měsíc
Druh
Storno
Náhrada
Přecenění
Doklad Původní
Doklad Nový
IČP
Č.pojištění
DP Původní
DP Nový
Body Původní
Položky v Kč Původní
Kč celkem Původní
Body Nové
Položky v Kč Nové

Kč celkem Nové
Revize

Sekce celkem za IČZ:

Celkem počet dokladů - předloženo
Celkem počet dokladů - odmítnuto
Celkem počet dokladů - redukováno
Celkem požadováno - body
Celkem požadováno - položky v Kč
Celkem vypočteno - body
Celkem vypočteno - položky v Kč
Celkem vypočteno - Kč celkem
Celkem redukováno - rozdíl Kč
Celkem odmítnuto - Kč
Celkem redukováno a odmítnuto - Kč
Vypočteno v DP4 - celkem Kč
Vypočteno v DP1 - celkem Kč