

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna bude v roce 2011 hradit zdravotní péči poskytovanou zdravotnickými zařízeními v souladu s § 17 odst. 6 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů, dále v souladu s vyhláškou MZ č. 396/2010 Sb, ze dne 17. prosince 2010, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 (dále jen Vyhláška), s vyhláškou MZ 46/2011 Sb. a dále v souladu s obecně závaznými právními předpisy a Cenovým rozhodnutím MZ ČR ze dne 20. prosince 2007, kterým se stanoví maximální ceny zdravotní péče zubních lékařů hrazené z veřejného zdravotního pojištění a stomatologických výrobků zubních lékařů plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, ve znění Cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví č. 1/2011/DZP ze dne 21. prosince 2010.

I. Ambulantní zdravotní péče

1. Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost

1. Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost bude hrazena v roce 2011 podle smluvního ujednání mezi ČPZP a zdravotnickým zařízením:
 - ◆ kombinovanou kapitačně výkonovou platbou,
 - ◆ podle seznamu zdravotních výkonů.
2. Základní výše individuální kapitační platby ČPZP je stanovena na 49 Kč pro praktické lékaře pro děti a dorost a 49 Kč pro praktické lékaře. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby a zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce ČPZP, se hodnota bodu stanoví ve výši **1,08 Kč**. Pro kódy výkonů 01021, 01022, 02021, 02022, 02031, 02032, 02110, 02120, 02125, 02127 až 02150, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,10 Kč**. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši **0,90 Kč**. Pro výkonový způsob úhrady je stanovena hodnota bodu ve výši **0,95 Kč**.

2. Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních

1. Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči (s výjimkou zdravotní péče poskytované v odbornostech 603 a 604), se bude hradit podle smluvního ujednání mezi ČPZP a zdravotnickým zařízením výkonovým způsobem s hodnotami bodu, které odpovídají výše citované vyhlášce a to:
 - ◆ **1,08 Kč** pro zdravotnická zařízení ve smluvních odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů, vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetrovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů, a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie, podle seznamu výkonů,
 - ◆ **1,06 Kč** pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči,
 - ◆ **1,00 Kč** pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 – ortoptista, 903 – klinická logopedie,
 - ◆ **0,71 Kč** pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 403 - radiační onkologie, podle seznamu výkonů,
 - ◆ **0,71 Kč** pro výkony 75347 a 75348, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 705 - oftalmologie, podle seznamu výkonů,
 - ◆ **1,03 Kč** pro screeningové výkony 15101 a 15105 podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 105 – gastroenterologie podle seznamu výkonů

1,02 Kč pro specializovanou ambulantní péči výše neuvedenou do definovaného objemu úhrady, který se podle platné vyhlášky pro jednotlivé odbornosti vypočítá z referenčního objemu roku 2009 přepočteného na základě seznamu výkonů ve znění účinném k 1.1.2011, z počtu unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období a počtu unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v referenčním období. Nad hranici definovaného objemu z porovnávacího období roku 2009 bude úhrada v jednotlivých odbornostech realizovaná ve výši **0,30 Kč**. Pokud změna nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče způsobí nárůst průměrného počtu bodů v odbornosti, ČPZP tuto změnu při úhradě zohlední. Snížená hodnota bodu v dané odbornosti se nepoužije u zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě 30 ordinačních hodin týdně,

3. Zdravotní péče v odbornostech 603 a 604

1. V souladu s výsledky jednání se Sdružením soukromých gynekologů ČR o výši a způsobu úhrad zdravotní péče v ambulantních zařízeních gynekologie a porodnictví na rok 2011 budeme zdravotnickým zařízením nabízet níže popsany model úhrady. Pouze v případech, kdy zdravotnické zařízení požádá, bude mu odeslán dodatek, který plně odpovídá § 6 Vyhlášky bez níže uvedených stabilizačních a motivačních parametrů.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši **1,06 Kč**, do definovaného objemu úhrady, který se vypočítá z referenčního objemu roku 2009 přepočteného na základě seznamu výkonů ve znění účinném k 1.1.2011 pro jednotlivé odbornosti podle Vyhlášky.
3. ČPZP bude po ukončení období vyhodnocovat:
 - ♦ **Péči za své těhotné pojištěnky** a úhradu bude provádět definitivně formou balíčkových cen na trimestr. Aby zdravotnickému zařízení náležela cena za balíček uvedená v Dodatku, musí zdravotnické zařízení povinné výkony provést. Pokud tyto výkony indukuje do jiného zdravotnického zařízení, bude od ceny balíčku odečtena cena indukované péče (výkonové s hodnotou bodu vykonávajícího zdravotnického zařízení).
 - ♦ **Preventivní prohlídky** a úhradu bude provádět formou balíčkových cen. Aby zdravotnickému zařízení náležela cena za balíček uvedená v Dodatku, musí zdravotnické zařízení povinné výkony provést. Cena balíčku zohledňuje také potřebu těchto výkonů ve vyšší frekvenci v závislosti na individuálním zdravotním stavu pacientky.

Úhrada péče formou balíčkových cen náleží zdravotnickému zařízení pouze u registrovaných pojištěnek ČPZP a v případě, že zasílá materiál určený na cytologické vyšetření pouze do akreditovaných pracovišť screeningu karcinomu děložního čípku. Zdravotnické zařízení se zavazuje odesílat všechny pojištěnky ČPZP z rizikových skupin nejméně jednou za 2 roky na mamografický screening pouze do akreditovaných zdravotnických zařízení.

4. Zdravotní péče v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823

1. ČPZP bude při úhradě indukované péče (laboratoře, RTG) postupovat v souladu s Vyhláškou a to výkonovým způsobem. Vyjma pracovišť mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu může ČPZP uplatňovat regulační opatření v souladu s Vyhláškou.
2. ČPZP uhradí zdravotnickému zařízení zdravotní péči poskytovanou ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů dále: pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,10 Kč**. Pro nasmlouvané výkony screeningu děložního hrdla se stanoví hodnota bodu ve výši **1,03 Kč**. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 809, podle seznamu výkonů, s výjimkou výkonů uvedených níže, se do objemu vypočteného podle Vyhlášky stanoví hodnota bodu ve výši **1,10 Kč** do objemu vypočteného podle vyhlášky. Pro zdravotní péči poskytovanou v ostatních odbornostech (vyjma

809) se do objemu vypočteného podle Vyhlášky stanoví hodnota bodu ve výši **0,70 Kč**. Pro nasmlouvané výkony 89711 až 89725 a dále výkony 89611 a 89619, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **0,70 Kč** do objemu vypočteného podle Vyhlášky. Úhrada nad objem vypočtený podle Vyhlášky bude realizovaná s hodnotou bodu **0,40 Kč**. V individuálních případech je možné ze strany ČPZP změnit hranici pro uplatnění degresní hodnoty bodu a to pouze v případech kdy došlo v průběhu roku 2009 k významné změně rozsahu poskytovaných zdravotních služeb (úprava smluvního repertoáru).

3. Úhrada ve výši **0,40 Kč** nebude použita v případech, kdy zařízení ošetřilo méně než 50 unikátních pojištěnců ČPZP.

5. Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři

1. V souladu s ustanovením § 17 odst. 6 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů bude zdravotní péče, poskytnutá smluvním zdravotnickým zařízením poskytujícím péči zubních lékařů hrazena dle výsledků dohodovacího řízení, v souladu s předpisy o regulaci cen a se zohledněním zdravotně pojistného plánu ČPZP. Na rok 2011 bude ČPZP zdravotnickým zařízením nabízet níže popsany model úhrady.
2. ČPZP projednala svůj návrh úhradového mechanismu se zájmovým sdružením poskytovatelů stomatologické péče a zajistí v případech, kdy zdravotnické zařízení požádá, odeslání dodatku který plně odpovídá Vyhlášce, bez níže uvedených stabilizačních a motivačních parametrů.
3. Způsob úhrady:
 - ♦ ČPZP uhradí zdravotnickému zařízení zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři pojištěncům ČPZP v období od 1.1.2011 v souladu s cenami dohodnutými dohodovacím řízením, které svým smluvním partnerům rozešle v příloze dodatku.
 - ♦ ČPZP bude kód 00901 - vyšetření a ošetření registrovaného pacienta hradit ve výši **368 Kč** a kód 00902 - opakované vyšetření a ošetření v rámci preventivní péče ve výši **323 Kč**.
 - ♦ Dále bude ČPZP hradit níže uvedené kódy ČPZP 00996 Registrace pacienta ve výši **100 Kč**, 00997 stomatologické vyšetření v rámci preventivní péče o těhotné ženy ve výši **50 Kč** a 00998 Konzervativní léčba onemocnění temporomandibulárního kloubu stomatochirurgem ve výši **140 Kč** a to za podmínek uvedených v dodatku.
4. Stomatologické výrobky plně hrazené ze zdravotního pojištění, poskytnuté pojištěncům v roce 2011 budou hrazeny ve výši maximálních cen, které jsou uvedeny v Cenovém rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ze dne 20. prosince 2007, kterým se stanoví maximální ceny zdravotní péče zubních lékařů hrazené z veřejného zdravotního pojištění a stomatologických výrobků plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, ve znění Cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví č.1/2011/DZP ze dne 21. prosince 2010. Stomatologickým výrobkem plně hrazeným ze zdravotního pojištění se rozumí výrobek uvedený a označený symbolem "I" v příloze č. 4 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

6. Zdravotní péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními v nelékařských odbornostech (domácí péče, porodní asistence, sesterské odbornosti)

1. ČPZP uhradí zdravotnickému zařízení zdravotní péči poskytovanou v odbornostech 911, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů; v odbornosti 925 domácí péče hodnotou bodu ve výši **1,00 Kč**, v ostatních odbornostech (911, 914, 916 a 921) hodnotou bodu ve výši **0,90 Kč**. Pro výkony dopravy v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **0,90 Kč**.
2. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 105 % objemu, vypočteného podle postupu uvedeného ve Vyhlášce, je hrazena výše uvedenou hodnotou bodu, nad tento objem se stanovuje hodnota bodu u odbornosti 925 ve výši **0,70 Kč** a v ostatních odbornostech ve výši **0,63 Kč**.

3. Omezení úhrady se nepoužije u zdravotnického zařízení, které v referenčním období (rok 2009) ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců.

7. Fyzioterapie - nelékařské profese v ambulantních zdravotnických zařízeních

1. ČPZP uhradí zdravotnickému zařízení zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 902 fyzioterapie poskytnutou zdravotní péči podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši **0,80 Kč**. Pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši **0,90 Kč**.
2. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem, podle postupu uvedeného ve Vyhlášce bude hrazena ve výši **0,50 Kč**.
3. Omezení úhrady se nepoužije u zdravotnického zařízení, které v referenčním období roku 2009 ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců.

II. ÚSTAVNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

1. Akutní lůžková péče

1. Cílem ČPZP bude v rámci akutní lůžkové péče v roce 2011 zajistit odpovídající dostupnosti zdravotní péče pro své pojištěnce a zachování kontinuity úhrad poskytované zdravotní péče v aktuální ekonomické situaci v systému veřejného zdravotnictví v České republice. ČPZP předpokládá pro rok 2011 financování poskytované zdravotní péče formou individuálních úhrad, jejíž parametry vycházejí z referenčních hodnot roku 2010. Pokud v průběhu roku 2011 dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
2. ČPZP připravila pro rok 2011 následující varianty úhrady akutní lůžkové péče:
 - ♦ Formou paušálu dle Vyhlášky – v případě nedohody mezi ČPZP a zdravotnickým zařízením na individuálním způsobu úhrady, bude zdravotní péče poskytnutá pojištěncům ČPZP ve zdravotnických zařízeních akutní lůžkové péče v roce 2011 hrazena podle přílohy č.1, bodu A k Vyhlášce.
 - ♦ Jiné způsoby úhrady:
 - úhrada výkonovým způsobem dle Seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč,
 - úhrada výkonový způsobem dle Seznamu zdravotních výkonů s degresní sazbou, sazba degrese bude uplatněna nad 98% objemu úhrady v roce 2010 ve výši 70% hodnoty bodu 0,90 Kč a 70% hodnoty úhrady za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky,
 - paušální způsob úhrady s hospitalizační a ambulantní složkou úhrady, případně kombinovaný s individuálně sjednanou složkou úhrady za centrové léky,
 - úhrada za hospitalizační péči ohodnocená pomocí DRG s nastavenou maximální úhradou a ambulantní péčí hrazenou paušálním způsobem úhrady nebo výkonový způsob dle Seznamu zdravotních výkonů s individuálně nastavenou hodnotou bodu.
 - Detailnější popis jiných způsobů úhrady je uveden v odstavci č. 9.
3. U všech výše uvedených individuálních úhradových mechanismů může ČPZP nad rámec sjednané výše úhrady navýšit úhradu v souvislosti se zvyšováním kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.
4. U všech výše uvedených úhradových mechanismů ČPZP uplatní regulaci na preskripci
5. ČPZP dále poskytne zdravotnickému zařízení navýšení úhrady za poskytovanou zdravotní péči nad rámec základního platebního ujednání (dohody o ceně) na činnost lékařů ve zdravotnickém zařízení ústavní péče (dále jen „Bonifikace činnosti lékařů“) dle ustanovení čl. 1 vyhlášky MZ 46/2011 Sb., kterou se mění Vyhláška.

6. ČPZP navýší zdravotnickému zařízení úhradu za poskytovanou zdravotní péči nad rámec základního platebního ujednání (dohody o ceně) v souvislosti se zvyšováním kvality ošetrovatelské péče dle ustanovení přílohy č. 1, části D Vyhlášky.
7. Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům z EU bude v roce 2011 hrazena výkonovým způsobem, hodnota bodu činí 0,90 Kč.
8. ČPZP může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny z 98 % objemu úhrady za odpovídající referenční období a dále může navýšit předběžnou měsíční úhradu v souvislosti s Bonifikací činnosti lékařů o 1/12 z 2% z očekávané úhrady roku 2010 a v souvislosti s Bonifikací ošetrovatelské péče o 1/12 z navýšení úhrady na základě zvyšování kvality ošetrovatelské péče za období 2010 vypočteného z dat doručených ČPZP do 31.1.2011. Předběžné úhrady za rok 2011 budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po ukončení období roku 2011.
9. Jiné způsoby úhrad:

♦ **Výkonový způsob úhrady podle Seznamu zdravotních výkonů**

Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům ČPZP v roce 2011 bude hrazena výkonovým způsobem úhrady podle Seznamu zdravotních výkonů hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.

♦ **Výkonový způsob úhrady podle Seznamu zdravotních výkonů s degresní sazbou**

Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům ČPZP v roce 2011 bude hrazena výkonovým způsobem úhrady podle Seznamu zdravotních výkonů s degresivní sazbou s takto stanovenými podmínkami:

- **do 98 % celkové referenční úhrady roku 2010** bude úhrada provedena v hodnotě bodu 0,90 Kč a v plné výši za ZUM/LP dle platného sazebníku,
- **od 98% celkové referenční úhrady roku 2010** bude úhrada provedena v hodnotě bodu ve výši 70% z 0,90 Kč a ve výši 70% úhrady za ZUM/LP dle platného sazebníku.

♦ **Paušální způsob úhrady s hospitalizační a ambulantní složkou úhrady**

Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům ČPZP v roce 2011 bude hrazena paušální úhradou ve výši 98% celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení v referenčním období roku 2010. Paušální úhrada se skládá z hospitalizační složky úhrady s regulačními parametry počtu hospitalizačních případů a Case Mixu (98% úhrady náleží zdravotnickému zařízení při splnění 94% počtu referenčních hospitalizačních případů a 94% Case Mixu) a z ambulantní složky úhrady s regulačními parametry počtu vykázaných bodů za zdravotní výkony a počtu ošetřených unikátních pojištěnců (98% úhrady náleží zdravotnickému zařízení při splnění počtu 95% referenčních bodů a 95% počtu ošetřených unikátních pojištěnců v referenčním období bez rozlišení jednotlivých odborností, tj. za zdravotnické zařízení celkem).

ČPZP v rámci paušálního způsobu úhrady zohlední změnu objemu vykázané a ČPZP uznané mimořádně nákladné zdravotní péče poskytnuté v hodnoceném období ve srovnání s referenčním obdobím. Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se rozumí zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením pojištěnci, jejíž objem přesáhne částku 1 000 000 Kč. Nad rámec paušální úhrady podle odstavce 1 se hradí výkon 09563 a výkon 88101 podle seznamu výkonů, s hodnotou bodu **1,00 Kč**.

Do paušální úhrady se nezahrnuje úhrada za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely označené symbolem „S“ podle § 29 odst. 2 vyhlášky č. 92/2008 Sb. (dále jen Centrové léky) a zdravotní péče poskytovaná zahraničním pojištěncům.

Zdravotní péče - spotřeba Centrových léků bude v roce 2011 hrazena formou individuální složky úhrady výkonovým způsobem se stanovenou celkovou maximální úhradou.

♦ **Úhrada za hospitalizační péči ohodnocená pomocí DRG a pro ambulantní péči paušální způsob úhrady, případně výkonový způsob úhrady**

Zdravotní péče bude vykazována a hrazena podle smluvního ujednání mezi ČPZP a zdravotnickým zařízením kombinovaným způsobem s platbou za diagnózu (dále jen „DRG“) a řídí se Sdělením ČSÚ č. 323/2010 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

Výše základní sazby u hospitalizací zařazených do skupin IR DRG bude stanovena individuálně. Index pro outliers bude stanoven dle metodiky DRG. Úhrada za extramurální péči pro hospitalizované pojištěnce bude odečtena z úhrady zdravotnického zařízení, které si péči vyžádalo. Extramurální péče bude ohodnocena výkonově s hodnotou bodu 0,90 Kč.

Paušální složka úhrady nelůžkové péče zdravotnickému zařízení se pro rok 2011 stanoví ve výši 98% objemu celkové úhrady za nelůžkovou zdravotní péči v roce 2010, případně výkonovým způsobem úhrady dle Seznamu zdravotních výkonů s individuálně stanovenou hodnotou bodu.

2. Následná zdravotní péče

1. Následná zdravotní péče je péče poskytovaná v odborných léčebných ústavech, léčebných dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů a ve zdravotnických zařízeních hospicového typu bude hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace.
2. Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně, podle seznamu výkonů a zahrnuje hodnotu příslušného ošetřovacího dne, včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta, podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.
3. Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v hodnoceném období se stanoví ve výši 98 % paušální sazby za jeden den hospitalizace náležející zdravotnickému zařízení v referenčním období. Referenčním obdobím se rozumí rok 2010, hodnoceným obdobím se rozumí rok 2011.
4. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a ČPZP tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
5. U vybraných ZZ bude sjednána regulace na překročení průměrné ošetřovací doby na 1 URČ nebo bude sjednán maximální počet OD na období roku nebo celková maximální úhrada.
6. Na zdravotní péči vykázanou ZZ následné péče ČPZP může uplatnit regulaci na preskripci
7. Pro ambulantní zdravotní péči poskytnutou v ZZ následné péče se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.
8. Pro zvláštní ústavní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních hospicového typu podle § 22 a zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **0,90 Kč**.

III. Zvláštní ambulantní péče

1. Sociální lůžka
Pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona, hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **0,90 Kč** do 100 % objemu vypočteného jako součin průměrného počtu vykázaných bodů na 1 unikátního pojištěnce v referenčním období roku 2010 a počtu unikátních pojištěnců ošetřených ve zdravotnickém zařízení v roce 2011. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad 100% takto vypočteného objemu se hradí s hodnotou bodu ve výši **0,40 Kč**. Finanční vypořádání bude provedeno nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.
2. Pobytová zařízení
Zvláštní ambulantní péče v odbornosti 913 poskytovaná v rámci pobytových zařízení sociální péče (domovy pro seniory) bude hrazena výkonovým způsobem dle seznamu zdravotních výkonů hodnotou bodu **0,90 Kč**.

Regulační omezení preskripce

1. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením pojištěncům ČPZP v hodnoceném období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převyší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, ČPZP sníží zdravotnickému zařízení celkovou úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Referenčním obdobím se rozumí rok 2010, hodnoceným obdobím se rozumí rok 2011. Snížení podle věty první ČPZP neuplatní, pokud zdravotnické zařízení doloží, že zvýšená celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců ČPZP.
2. V případě, že zdravotnické zařízení poskytlo v hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům ČPZP, výše uvedená regulace nebude ze strany ČPZP uplatněna.

IV. OSTATNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

4.1 Zdravotní péče poskytovaná v rámci dopravy raněných, nemocných a rodiček

1. Zdravotní péče poskytovaná v rámci dopravy raněných, nemocných a rodiček bude hrazena ze strany ČPZP výkonovým způsobem podle seznamu výkonů s hodnotou bodu **0,95 Kč** pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nepřetržitém provozu a hodnotou bodu **0,85 Kč** pro zdravotnická zařízení neposkytující zdravotní péči v nepřetržitém provozu.
2. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem, podle postupu uvedeného ve Vyhlášce bude hrazena pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nepřetržitém provozu ve výši **0,85 Kč** a pro zdravotnická zařízení neposkytující zdravotní péči v nepřetržitém provozu ve výši **0,75 Kč**.
3. Omezení úhrady se nepoužije u zdravotnického zařízení, které v referenčním období (rok 2009) poskytlo dopravní zdravotní službu méně než 50 převezeným pojištěncům ČPZP.

4.2 Zdravotní péče poskytovaná v rámci záchranné služby – odbornost 709

1. Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci zdravotnické záchranné služby, hrazenou podle vyhlášky č. 134/ 1998 Sb. kterou se vydává seznam zdravotních výkonů ve znění pozdějších předpisů, se stanoví **hodnota bodu** ve výši **1,06 Kč**. Smluvním partnerům bude realizovaná úhrada

4.3 Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci

1. Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci lékařské služby první pomoci, hrazenou podle vyhlášky č. 134/ 1998 Sb. kterou se vydává seznam zdravotních výkonů ve znění pozdějších předpisů, se stanoví **hodnota bodu** ve výši **0,95 Kč**. Smluvním partnerům bude realizovaná úhrada výkonovým způsobem.

4.4 Lázeňská péče

1. Lázeňská péče poskytovaná zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a zdravotní péče poskytovaná v ozdravovnách se hradí podle smluvního ujednání mezi ČPZP a zdravotnickým zařízením v souladu se zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů a to v cenách, které byly platné v roce 2010 bez dalšího navýšení.

4.5 Neodkladná péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních

1. Pro zdravotní péči poskytovanou v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních, hrazenou podle vyhlášky č. 134/ 1998 Sb. kterou se vydává seznam zdravotních výkonů ve znění pozdějších předpisů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.