

Společný návrh VZP ČR a SZP ČR na úhradu ve skupině poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí pro rok 2025

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2025 - do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2025, poskytovatelem vykázané do 31. března 2026 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2026.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2023 – do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2023, poskytovatelem vykázané do 31. března 2024 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. května 2024.

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,20 Kč**. Tyto výkony nevstupují do výpočtu celkové výše úhrady dle bodu 4 za hodnocené ani referenční období.
2. Pro výkony neuvedené v bodě 1 se stanoví hodnota bodu ve výši **0,72 Kč**.
3. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou **G10 – G14, I60 – I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94** podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí **5 %**, navýší se hodnota bodu dle bodu 2 o **0,06 Kč**.
4. Celková výše úhrady pro výkony neuvedené v bodě 1 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,05 + KN) * POPzpoZ * PUROo + \max [(1,05 + KN) * PUROo * POPzpoMh; (UHRMh - UHRMr)]$$

kde:

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a dále pojištěnec, na kterého byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí

PUROo je přepočtená průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále v textu také „ZU“) na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí, dále do výpočtu PUROo nevstupuje úhrada za tyto pojištěnce v referenčním období, vypočtená na základě skutečné hodnoty bodu HB_{skut} za výkony, které byly v referenčním období součástí limitace úhrady. Hodnota PUROo se stanoví následovně:

$$PUROo = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{(PB_{ref} * HB_{min} + KP_{ref})}{POP_{ref}} \right\}$$

Kde:

UHR _{ref}	je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
POP _{ref}	je počet unikátních pojištěnců poskytovatele v referenčním období ošetřených v rámci hrazených služeb, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
PB _{ref}	je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
HB _{min}	minimální hodnota bodu určená pro výpočet PUROo ve výši 0,60 Kč
KP _{ref}	je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních nebo vedlejších diagnóz: **G10 – G14, I60 - I69, M41.0 – M41.9, M89.0, Q66.0, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94, nebo T02 – T14** podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období

- KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:
- a) **0,02** – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21113, 21115, 21315** podle seznamu výkonů z celkového počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů menší než **50 %**,
 - b) **0,02** – v případě, že je v hodnoceném období podíl součtu počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. **21221 a 21415** podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů odbornosti 902 podle seznamu výkonů větší než **14 %**,
 - c) **0,10** – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců s hlavní nebo vedlejší diagnózou **G10 - G14, I60 - I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94** podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí **5 %**,
 - d) **0,02** – v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. 2025 doloží, že nejméně 50 % pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání Unie fyzioterapeutů České republiky, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.

HB_{skut} je skutečná hodnota bodu v referenčním období pro jednotlivé výkony poskytovatele stanovená jako:

$$HB_{skut} = HB_{ref} * \frac{UHR_{ref}}{PB_{ref} * HB_{ref} + KP_{ref}}$$

Kde:

UHR _{ref}	je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
KP _{ref}	je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
PB _{ref}	je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady
HB _{ref}	je hodnota bodu platná v referenčním období pro jednotlivé služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo u poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 4 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.
6. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 1 a 2. Pro stanovení úhrady u zahraničních pojištěnců se body 3, 4 a 5 nepoužijí.
7. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům, na které byly vykázány v hodnoceném období hrazené služby s hlavní nebo vedlejší diagnózou **C50, E83, F84, G20, G21, G22, G23.1 – G23.9, G35, G51 – G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90** podle mezinárodní klasifikace nemocí, se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2. Výše úhrady za tyto služby se nezahrne do výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 4.

8. Pro výkony č. 09555, 09556 a 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč.
9. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedná dvanáctiny 106 % úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.