

Zdravotní pojištění

System zdravotního pojištění (zdravotní daně) má zajistit péči o zdraví pacientů v rozsahu daným zákonem.

Zákonný rámec

- Zákon o pojistném na zdravotní pojištění - 592/1992 Sb
- Zákon o zdravotním pojištění – 48/1997 Sb.
- Úhradové vyhlášky MZ
- Metodika VZP pro pořizování a předávání dokladů

Zákon o pojistném na zdravotní pojištění - 592/1992 Sb

Tento zákon upravuje výši pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.

Zákon o zdravotním pojištění - 48/1997 Sb

Tento zákon zpracovává příslušné předpisy Evropských společenství a upravuje

- a) veřejné zdravotní pojištění (dále jen "zdravotní pojištění"),
- b) rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona poskytována zdravotní péče,
- c) způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění.

Úhradové vyhlášky MZ

Úhradovou vyhláškou každoročně MZ na základě dohodovacího řízení stanoví, jak vysoká bude úhrada za zdravotní péči v následujícím roce pro jednotlivé segmenty péče.

Metodika VZP

Metodika VZP upravuje, jakým způsobem se provádí vyúčtování zdravotní péče v jednotlivých segmentech zdravotní péče.

Metodika VZP definuje způsob:

- jak se pořizují doklady
- jak se doklady předávají zdravotním pojišťovnám

Pro účely předávání ambulantních dokladů papírovou formou jsou definovány formuláře:

- Vyúčtování výkonů v ambulantní péči
- Zvlášť účtovaná léčiva a zdravotnické prostředky
- Vyúčtování výkonů nepravidelné péče
- Poukazy na ošetření / vyšetření

Předávání vyúčtování se děje rovněž přes datová média. Formát předávaných dat určuje datové rozhraní pro:

- číselníky (výkony, léky, IVLP, zdravotnické pomůcky a stomatologické výrobky)
- dávky a doklady

Zákon o pojistném na zdravotní pojištění - 592/1992 Sb

§ 2 Výše pojistného

- (1) Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období.
- (2) Výši pojistného je jeho plátcé povinen si sám vypočítat. Pojistné se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru.

§3 Vyměřovací základ

- Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Zúčtovaným příjmem se pro účely věty první rozumí plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo formou výhody poskytnuto zaměstnavatelem zaměstnanci nebo předáno v jeho prospěch, popřípadě připsáno k jeho dobru anebo spočívá v jiné formě plnění prováděné zaměstnavatelem za zaměstnance.

- V zaměstnání, ve kterém bylo po celý kalendářní měsíc poskytnuto pracovní volno bez náhrady příjmu, nebo v němž po celý kalendářní měsíc trvala neomluvená nepřítomnost v práci, je vyměřovacím základem minimální mzda zaměstnanců v pracovním poměru odměňovaných měsíční mzdou, která platí k prvnímu dni kalendářního měsíce, ve kterém se pojistné platí.

- Pokud je vyměřovací základ zaměstnance nižší než minimální vyměřovací základ, je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů. Má-li zaměstnanec více zaměstnavatelů, je povinen doplatit pojistné podle předchozí věty prostřednictvím toho zaměstnavatele, kterého si zvolí, a to vždy současně s odvodem pojistného v následujícím kalendářním měsíci. Pokud je vyměřovací základ nižší z důvodů překážek na straně organizace, je tento rozdíl povinen doplatit zaměstnavatel.

§ 3a Vyměřovací základ pro OSVČ

- Vyměřovacím základem u osoby samostatně výdělečně činné je 35 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti před rokem 2004, 40 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti v roce 2004, 45 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti v roce 2005 a od roku 2006 50 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení.

- Osoba samostatně výdělečně činná je povinna odvést pojistné z vyměřovacího základu podle odstavce výše, nejvýše však z maximálního vyměřovacího základu. Je-li vyměřovací základ podle odstavce 1 nižší než minimální vyměřovací základ, je osoba samostatně výdělečně činná povinna odvést pojistné z minimálního vyměřovacího základu, není-li dále stanoveno jinak. Minimálním vyměřovacím základem se rozumí dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy (§ 3 odst. 15 věta třetí); maximálním vyměřovacím základem je částka ve výši sedmdesátidvounásobku průměrné mzdy.

§ 4 Rozhodné období

(1) Rozhodné období, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ, je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí, pokud se dále nestanoví jinak.

(2) U osoby samostatně výdělečně činné je rozhodným obdobím kalendářní rok, za který se pojistné platí.

§ 5 Odvod pojistného za zaměstnance

(1) Zaměstnavatel odvádí část pojistného, které je povinen hradit za své zaměstnance. Současně odvádí i část pojistného, které je povinen hradit zaměstnanec, srážkou z jeho mzdy nebo platu, a to i bez souhlasu zaměstnance.

(2) Pojistné podle odstavce 1 se platí za jednotlivé kalendářní měsíce a je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce.

(3) Pojistné se odvádí na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky nebo jiné zdravotní pojišťovny provádějící všeobecné zdravotní pojištění (dále jen "příslušná zdravotní pojišťovna"), u níž je pojištěnec pojištěn.

§ 7 Odvod pojistného za osoby samostatně výdělečně činné

(1) Osoby samostatně výdělečně činné platí pojistné formou záloh na pojistné a doplatku pojistného, pokud se dále nestanoví jinak. Kde se v dalších ustanoveních hovoří o pojistném, rozumí se tím též zálohy na pojistné a doplatek pojistného.

(2) Osoba samostatně výdělečně činná platí zálohy na pojistné na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Záloha na pojistné je splatná od prvního dne kalendářního měsíce, na který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce. Zálohy na pojistné se neplatí za kalendářní měsíce, v nichž byla osoba samostatně výdělečně činná uznána po celý kalendářní měsíc neschopnou práce, nebo jí byla nařízena karanténa podle zvláštních právních předpisů.

§ 18 Penále

(1) Nebylo-li pojistné nebo záloha na pojistné zaplaceno ve stanovené lhůtě anebo bylo-li zaplaceno v nižší částce, než ve které mělo být zaplaceno, je plátce pojistného povinen platit penále ve výši 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den, ve kterém některá z těchto skutečností trvala. Pokud bylo pojistné nebo záloha na pojistné zaplaceno jiné než příslušné zdravotní pojišťovně, popřípadě jinému subjektu, nebo pokud platba byla poukázána pod nesprávným variabilním symbolem, považuje se pojistné nebo záloha na pojistné za nezaplacené ve stanovené lhůtě.

(2) Nebyl-li přeplatek na pojistném vrácen příslušnou zdravotní pojišťovnou ve stanovené lhůtě, je příslušná zdravotní pojišťovna ode dne následujícího po dni splatnosti do dne platby včetně povinna platit za každý den penále ve výši 0,05 % dlužné částky.

(3) Každá platba penále se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru.

(4) Penále se nepředepíše, nepřesáhne-li v úhrnu 100 Kč za jeden kalendářní rok.

(5) Zdravotní pojišťovna penále nepředepíše, pokud plátce prokáže, že provedl platbu na účet příslušné zdravotní pojišťovny, ale pod nesprávným variabilním symbolem.

(6) Pro účely zvláštních právních předpisů se za dlužné pojistné považuje i dlužné penále.

§ 19

Pokud jde o splatnost penále, způsob jeho placení, vymáhání, promlčení a vracení přeplatku na penále, postupuje se stejně jako u pojistného.

Dohoda o pracovní činnosti

Maximální rozsah – 20 hodin týdně.

Do 2000 Kč se neodvádí pojistné, pak stejně jako u pracovního poměru.

Dohoda o provedení práce

Maximální rozsah – 150 hodin ročně, neodvádí zdravotní a sociální pojištění.

Od roku 2012 :

- maximální rozsah 300 hodin
- od 10000 Kč se odvádí pojistné

Zákon o zdravotním pojištění - 48/1997 Sb

§ 2 Osobní rozsah zdravotního pojištění

(1) Podle tohoto zákona jsou zdravotně pojištěny:

- a) osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky,
- b) osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky, (dále jen "pojištěnci").

(2) Zaměstnavatelem se pro účely zdravotního pojištění rozumí právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle zvláštního právního předpisu^{1a}), zaměstnává zaměstnance a má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky, jakož i organizační složka státu.^{1c})

(3) Zaměstnáním se pro účely zdravotního pojištění rozumí činnost zaměstnance [§ 5 písm. a)], ze které mu plynou od zaměstnavatele příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků zdaňované podle zvláštního právního předpisu^{1a}).

(4) Sídlem zaměstnavatele se pro účely zdravotního pojištění rozumí u právnické osoby její sídlo, jakož i sídlo její organizační složky, která je zapsána v obchodním rejstříku, popřípadě v jiném zákonem určeném rejstříku nebo je vedena ve stanovené evidenci u příslušného orgánu v České republice, a u fyzické osoby místo jejího trvalého pobytu, popřípadě, jde-li o zahraniční fyzickou osobu, místo jejího podnikání.

(5) Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činny v České republice pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území České republiky, a osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné (§ 8 odst. 4).

§ 3 Vznik a zánik zdravotního pojištění

(1) Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem ,
- c) získání trvalého pobytu na území České republiky.

(2) Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- a) úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- b) kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem,
- c) ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

§ 4 Plátcí pojistného

Plátcí pojistného zdravotního pojištění (dále jen "plátcí pojistného") jsou:

- a) pojištěnci uvedení v § 5,
- b) zaměstnavatelé,
- c) stát.

§ 5 Pojištěnec jako plátce pojistného

Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud

a) **je zaměstnancem**; za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle zvláštního právního předpisu^{1a}), s výjimkou

1. osoby, která má pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, které nejsou předmětem daně nebo jsou od daně osvobozeny,
2. žáka nebo studenta, který má pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků za práci z praktického výcviku,
3. osoby činné na základě dohody o provedení práce,
4. osoby, která v pracovním poměru vykonává sjednané práce jen občas a nepravidelně podle potřeb zaměstnavatele (dále jen "zaměstnanec na nepravidelnou výpomoc") a která v kalendářním měsíci nedosáhla příjmu ve výši částky, která je podmínkou pro účast takové osoby na nemocenském pojištění podle zvláštních právních předpisů (dále jen "započitatelný příjem"),
5. člena družstva, který není v pracovněprávním vztahu k družstvu, ale vykonává pro družstvo práci, za kterou je jím odměňován, a který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu,
6. osoby činné na základě dohody o pracovní činnosti, která v kalendářním měsíci nedosáhla započitatelného příjmu,
7. dobrovolného pracovníka pečovatelské služby, který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu,

b) **je osobou samostatně výdělečně činnou**. Za osoby samostatně výdělečně činné se pro účely zdravotního pojištění považují:

1. osoby podnikající v zemědělství;

2. osoby provozující živnost;

3. osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů; 4. osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů,⁴⁾ s výjimkou činnosti, z níž jsou příjmy podle zvláštního právního předpisu samostatným základem daně z příjmů fyzických osob pro zdanění zvláštní sazbou daně

5. společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností;

6. osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů;

7. osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku,^{6a)} pokud tato činnost není považována za zaměstnání podle písmene a) a mandátní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné samostatné výdělečné činnosti,

8. spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných, pokud podle zákona o daních z příjmů lze na ně rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení,

c) **má na území České republiky trvalý pobyt**, avšak není ani zaměstnanec ani OSVČ a není za něj plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc.

§ 6 Zaměstnavatel

Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance s výjimkou zaměstnanců, kteří postupují podle § 8 odst. 4. Zaměstnavatel je plátcem části pojistného z příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků zúčtovaných bývalému zaměstnanci po skončení zaměstnání.

§ 7 Stát

(1) Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za tyto pojištěnce:

a) nezaopatřené děti; nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře;

b) poživitele důchodů z důchodového pojištění, kterým byl přiznán důchod před 1. lednem 1993 podle předpisů České a Slovenské Federativní Republiky a po 31. prosinci 1992 podle předpisů České republiky. Za poživitele důchodu se pro účely tohoto zákona považuje osoba podle předchozí věty i v měsících, kdy jí podle předpisů o důchodovém pojištění výplata důchodu nenáleží;

c) příjemce rodičovského příspěvku;

d) ženy na mateřské a rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění⁸⁾;

e) uchazeče o zaměstnání včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání;⁹⁾

f) osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované, a to za podmínky, že nejsou podle potvrzení plátce dávky pomoci v hmotné nouzi v pracovním ani obdobném vztahu ani nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost, nejsou v evidenci uchazečů o zaměstnání a nejde o poživitele starobního důchodu, invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, vdovského nebo vdoveckého důchodu, ani o poživitele rodičovského příspěvku nebo o nezaopatřené dítě,

g) osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost)¹¹⁾, a osoby pečující o tyto osoby, a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost),

h) osoby konající základní (náhradní) službu v ozbrojených silách, další službu¹³⁾ nebo civilní službu a osoby povoláné k vojenskému cvičení;

i) osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody;

j) osoby uvedené v § 5 písm. c), které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění;¹⁴⁾

k) osoby, které jsou invalidní ve třetím stupni nebo které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně nebo starobního důchodu a nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a nepožívají žádný důchod z ciziny, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy;

l) osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, nejde-li o osoby uvedené v písmenu c) nebo d).

m) mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy,

n) osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, které byla udělena akreditace Ministerstvem vnitra, v rozsahu překračujícím v průměru alespoň 20 hodin v kalendářním týdnu, pokud není dobrovolník plátcem pojistného podle § 5 nebo za něj není plátcem pojistného stát podle předchozích písmen a) až m),

o) cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu,^{16a)} pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti,

p) žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území, cizince, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, a jeho dítě narozené na území^{16b)}, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

(2) Mají-li osoby uvedené v odstavci 1 písm. a) až i) příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát i tyto osoby.

§ 8 Povinnost platit pojistné

(1) Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn, (dále jen "příslušná zdravotní pojišťovna"). Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem:

a) nástupu zaměstnance do zaměstnání (§ 2 odst. 3);

b) zahájení samostatné výdělečné činnosti [§ 5 písm. b)];

c) kdy se stal pojištěncem podle § 5 písm. c);

d) ke kterému se po návratu do České republiky pojištěnec přihlásil podle odstavce 4 u příslušné zdravotní pojišťovny;

e) návratu do České republiky po nepřetržitém pobytu v cizině, který započal již před 1. lednem 1993, pokud den návratu připadne na období po 30. dubnu 1995; uvedené skutečnosti je pojištěnec povinen příslušné zdravotní pojišťovně doložit;

(2) Povinnost zaměstnavatele platit část pojistného za své zaměstnance vzniká dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání (§ 2 odst. 3) a zaniká dnem skončení zaměstnání, s výjimkami stanovenými v § 6.

(3) Povinnost státu platit pojistné za pojištěnce vzniká dnem, kdy se stát podle § 7 stává plátcem pojistného. Tato povinnost zaniká dnem, ke kterému stát přestal být podle § 7 plátcem pojistného.

(4) Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu, kdy je dlouhodobě v cizině, pokud je v cizině zdravotně pojištěn a učinil o této skutečnosti u příslušné zdravotní pojišťovny písemné prohlášení.

(5) Nezaplatí-li plátce pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále.

§ 9 Výše a způsob placení pojistného a penále

(1) Výši pojistného, penále a způsob jejich placení stanoví zvláštní zákon.

(2) Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel.

(3) Písemnou smlouvou mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem může se zaměstnanec zavázat zaplatit zaměstnavateli zcela nebo zčásti částku odpovídající pojistnému, které za zaměstnance má zaměstnavatel povinnost hradit v době, kdy zaměstnanci poskytl pracovní volno bez náhrady příjmu. Při neomluvené nepřítomnosti zaměstnance v práci je zaměstnanec povinen zaplatit zaměstnavateli částku odpovídající pojistnému, které zaměstnavatel za zaměstnance za tuto dobu uhradil.

§ 16a Regulační poplatky

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči uvedenou v písmenech a) až f) poskytlo, **regulační poplatek ve výši**

a) 30 Kč za

1. návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření^{27a} (dále jen "návštěva") u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,

2. návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,

3. návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3),

b) 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,

c) 30 Kč za návštěvu u klinického logopeda,

d) 30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. Pokud pojištěnec za vydání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsaného na receptu platí doplatek, je součet doplateků za všechna balení léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely jednoho druhu snížen o zaplacený regulační poplatek nebo jeho příslušnou část, a to tak, aby částka zaplacená pojištěncem za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30 Kč,

e) 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

1. lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři,

2. ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče,

f) 100 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče.

(2) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až f) se neplatí

- a) jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo umístěné k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo jde-li o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo pojištěnce svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině,
- b) při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při umístění pojištěnce bez jeho souhlasu do ústavní péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud nebo při výkonu zabezpečovací detence,
- c) při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu,
- d) jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne starším 30 dnů,
- e) při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispensární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona,
- f) jde-li o pojištěnce, kterému jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.

(3) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o

- a) preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35),
- b) dispensární péči,
- c) hemodialýzu,
- d) laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření,
- e) vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně,
- f) děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne.

(4) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se neplatí při ústavní péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení ústavní péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.

(5) Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo. Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.

(6) Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku s uvedením čísla pojištěnce, výše regulačního poplatku, dne jeho zaplacení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala, a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.

(7) Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

(8) Zařízení lékárenské péče je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1 písm. d), s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek popřípadě doplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle odstavce 1.

(9) Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně.

(10) Zdravotnické zařízení nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhá. Při zjištění opakovaného porušování je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.

(11) Opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení podle odstavců 9 a 10 je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty.

§ 16b Limity regulačních poplatků a doplatků na léčiva

(1) Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) a za doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce **limit ve výši 5 000 Kč u dětí mladších 18 let**, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u **pojištěnců starších 65 let**, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, **ve výši 2 500 Kč**, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen. Do limitu výše **sezapočítávají doplatky** na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na **nejlevnější na trhu dostupné** léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s **obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání**. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši.

Do limitu se **nezapočítávají doplatky** na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě, a to u osob, **které nedovršily 65. rok věku**.

Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením výše úhrady a výše doplatku započítatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(2) Zdravotní pojišťovna **je povinna uhradit pojištěnci** nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou překračuje součet regulačních poplatků a doplatků, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 7 a 8, limit podle odstavce 1, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit podle odstavce 1 již překročen, je

zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu regulačních poplatků a doplatků za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně podle § 16a odst. 7 a 8, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku podle věty první nebo druhé, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhla 50 Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

§ 40 Zdravotní pojišťovny

(1) Zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny:

a) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111),

b) resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny:

- Vojenská zdravotní pojišťovna 201
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna 205
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven 207
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda 209
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR 211
- Revírní bratrská pokladna 213
- Zdravotní pojišťovna METAL ALIANCE 217

(2) Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit zdravotnickým zařízením, popřípadě dějiným subjektům, které v souladu s tímto zákonem poskytly zdravotní péči pojištěncům, tuto poskytnutou péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvě.

(3) Zdravotní pojišťovny jsou povinny bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad. Průkaz nebo náhradní doklad nezletilého pojištěnce nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům vydá příslušná zdravotní pojišťovna zákonnému zástupci. Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad obsahuje jméno, příjmení, popřípadě titul, platnost a číslo pojištěnce, kterým je v případě občanů České republiky rodné číslo.

(4) Průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad může obsahovat vedle údajů identifikujících pojištěnce písemnou formou rovněž obdobné údaje v elektronické formě.

(5) Zdravotní pojišťovny vedou seznam smluvních zdravotních zařízení a nositelů výkonů včetně rodného čísla nositele výkonu. Za tímto účelem jsou zdravotnická zařízení povinna sdělovat příslušným zdravotním pojišťovnám údaje v rozsahu a v termínech podle § 41 odst. 3 a 4.

§ 41 Informační centrum

(1) Informační centrum zdravotního pojištění spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen "Správce centra"). Informační centrum zdravotního pojištění slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními, která jsou ve smluvním vztahu ke zdravotním pojišťovnám. K tomuto účelu vede Správce centra přehled:

a) zdravotnických zařízení, která mají uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami,

b) zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění v jednotlivých zdravotnických zařízeních, oprávněných vykazovat zdravotní pojišťovně provedené zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen "nositel výkonu").

(2) Zdravotní pojišťovny jsou povinny sdělit Správci centra za uplynulé kalendářní čtvrtletí, a to

nejpozději do 60 dnů, součet časů zdravotních výkonů uvedených v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v členění podle nositelů výkonů, které byly

a) jednotlivými zdravotnickými zařízeními v kalendářním čtvrtletí vykázány a zdravotní pojišťovna je uhradila,

b) jednotlivými zdravotnickými zařízeními vykázány a uhrazeny, avšak jejich úhrada byla po kontrole provedené v kalendářním čtvrtletí zamítnuta.

(3) Zdravotnická zařízení jsou povinna sdělit Správci centra za uplynulé čtvrtletí, a to nejpozději do 60 dnů, seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí, v tomto členění:

a) jméno, příjmení, titul,

b) rodné číslo,

c) kategorie nositele výkonu,

d) přepočtený počet nositele výkonu.

(4) Zdravotnické zařízení splní povinnost podle předchozího odstavce i tehdy, pokud sdělí Správci centra pouze ty změny, k nimž došlo od předchozího hlášení.

(5) Kategorii nositele výkonu podle odstavce 3 se rozumí:

a) lékař bez absolvované specializační průpravy,

b) lékař s absolvovanou specializační přípravou I. stupně,

c) lékař s absolvovanou specializační přípravou II. stupně nebo s nástavbovou specializační přípravou,

d) klinický psycholog, klinický logoped, absolvent vysoké školy ve studijním oboru tělesná výchova a sport a rehabilitace,

e) střední zdravotnický pracovník.

(6) Přepočtený počet nositele výkonu podle odstavce 3 se zjistí podle počtu hodin odpracovaných jednotlivým nositelem výkonu ve zdravotnickém zařízení v daném čtvrtletí při poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Pokud jednotlivý nositel výkonu odpracuje čas

a) do 10 hodin, je jeho přepočtený počet roven nule,

b) do 100 hodin, je jeho přepočtený počet roven 0,25,

c) do 200 hodin, je jeho přepočtený počet roven 0,50,

d) do 300 hodin, je jeho přepočtený počet roven 0,75,

e) nad 300 hodin, je jeho přepočtený počet roven jedné.

(7) Správce centra vypočte pro každé zdravotnické zařízení výši korekčního koeficientu jako podíl, v jehož čitateli je rozdíl mezi součtem časů zdravotních výkonů uhrazených v daném čtvrtletí zdravotnickému zařízení a součtem časů zdravotních výkonů zdravotnickému zařízení uhrazených, jejichž úhrada však byla po kontrole provedené v daném čtvrtletí zdravotní pojišťovnou zamítnuta, a ve jmenovateli je součin přepočteného počtu nositelů výkonů a hodinového limitu času nositele výkonu na jeden kalendářní den a počtu kalendářních dnů v daném čtvrtletí. Hodinový limit času nositele výkonu na jeden kalendářní den je 10 hodin. Korekční koeficient se nepoužije, je-li jeho výše menší než jedna.

(8) Správce centra je povinen sdělit do 80 dnů od uplynutí kalendářního čtvrtletí zdravotním pojišťovnám výši korekčního koeficientu pro jejich smluvní zdravotnická zařízení.

(9) Zdravotní pojišťovny jsou povinny jednotlivým zdravotnickým zařízením podělit úhradu za zdravotní výkony v daném kalendářním čtvrtletí korekčním koeficientem podle odstavce 7. Pokud

již provedená úhrada dané kalendářní čtvrtletí přesahuje úhradu vypočtenou pomocí korekčního koeficientu, sníží zdravotní pojišťovna zdravotnickému zařízení o tento rozdíl úhradu za zdravotní výkony při dalším vyúčtování.

(10) Na úhradě nákladů spojených s činností Informačního centra zdravotního pojištění se podílí zdravotní pojišťovny poměrně podle přepočteného počtu nositelů výkonů jejich smluvních zdravotnických zařízení.

(11) Činnost Informačního centra zdravotního pojištění kontroluje Ministerstvo zdravotnictví.

Metodika VZP

Metodika VZP upravuje, jakým způsobem se provádí vyúčtování zdravotní péče v jednotlivých segmentech zdravotní péče.

Metodika VZP definuje způsob:

- jak se pořizují doklady
- jak se doklady předávají zdravotním pojišťovnám

Předávání vyúčtování se děje převážně digitálně, a to přes datová média (diskety, CD, flash disky) nebo přímo na portály zdravotních pojišťoven.

Formát předávaných dat určuje datové rozhraní pro:

- číselníky (výkony, léky, IVLP, zdravotnické pomůcky a stomatologické výrobky)
- dávky a doklady

Základní pojmy

IČZ – identifikační číslo ZZ, přidělováno zdravotními pojišťovnami (VZP) pro účely smluv

IČP – identifikační číslo zdravotnického pracovníka, přidělováno zdravotními pojišťovnami (VZP) pro účely vykázaní zdravotní péče, provedené zdravotnickým pracovníkem

IČPP - identifikační číslo pracovního poměru pro účely vystavování receptů, provedené zdravotnickým pracovníkem

Smlouva typu A – se uzavírá pro každého jednotlivého pracovníka, každý má vlastní IČP

Smlouva typu B – je určena pro pracoviště, kde jsou pracovníci nemající způsobilost pracovat samostatně. Smlouva se uzavírá na garanta - pracovníka s oprávněním. Pracoviště užívá IČP garanta.

Segment péče – jedna nebo více odborností, které účtují ZP stejným způsobem

- KKVP (kombinovaná kapitačně výkonová platba)
- specialisté (odborní lékaři, kliničtí psychologové)
- fyzioterapie (fyzioterapeuté)
- stomatologie (stomatologové, ortodontisté)
- domácí péče (sestry poskytující domácí péči)
- rentgen (RTG pracoviště)
- komplement (laboratoře)

- LSPP (lékařská služba první pomoci)

Uznaná péče – je část vykázané péče, kterou pojišťovna při kontrolách nevyřadila.

Unikátní počet pacientů – je počet pacientů, který prošel ordinací, každý pacient se započte jen jednou

Registrovaný pacient – odbornosti 001 (praktický lékař), 002 (pediatr), 014 (stomatolog) a 603 (gynekolog) evidují pacienty, které mají v dlouhodobé péči, jejíž součástí jsou i pravidelné preventivní prohlídky. Zaevidování pacienta do takové dlouhodobé péče se označuje jako registrace a takto evidovaný pacient je považován za registrovaného pacienta.

Jednicový počet pacientů – je součet věkových indexů všech registrovaných pacientů. Každému pacientovi je podle věku přiřazen věkový index (rozsah 1 až 3,8), který vyjadřuje náročnost péče o tohoto pacienta.

Kapitační paušál – částka, kterou zdravotní pojišťovna hradí za jednicového pacienta. Podle smlouvy se pohybuje v rozsahu 47 až 52 Kč.

Degresní koeficient – pokud jednicový počet pacientů překročí normovaný počet, pak dochází ke krácení kapitační platby (koeficient je menší než 1)

Druhy účtování – způsob, jak se předává vyúčtování ZP

- výkonová platba – vykazuje se provedená péče, uznaná péče je hrazena v plném rozsahu, pokud není stanoveno smluvně nějaké omezení
- předběžná úhrada – účtuje se měsíční záloha, která je stanovena na určité období (6 měsíců). Přibližně 60 dnů po uplynutí období se provádí vyúčtování.
- paušál – účtuje se měsíční paušál, který je stanoven na určité období (6 měsíců).
- kapitační platba – měsíčně se účtuje částka ve výši součinu kapitačního paušálu, jednicového počtu pacientů a degresního koeficientu.

Číslo pojištěnce – identifikační číslo pacienta pro účely zdravotního pojištění, nejčastěji rodné číslo.

Doklad – obsahuje vykázanou péči určitého typu provedenou jedním pracovníkem (IČP) a s výjimkou LSPP a návštěvní služby vztaženou k jednomu pacientovi.

Dávka – obsahuje souhrn dokladů určitého typu za segment péče

Nositel výkonu – pracovník, který smí vykazovat výkony (péči)

Přepočtený počet nositele výkonu je koeficient, určený počtem odpracovaných hodin – 0 (do 10h/měsíc), 0,25 (<100), 0,5 (<200), 0,75 (<300) a 1,00 (>=300)

KORKO je koeficient, určený jako podíl času za uznané výkony a součinu :

- přepočteného času nositele výkonu
- počtu dní
- 10 (hodin / den). **Nyní se neužívá.**

Referenční období pro zúčtování zdravotní péče je stejné období předchozího roku (1. nebo 2. pololetí)

Vlastní péče je péče, kterou zdravotnický pracovník (lékař) poskytuje na základě registrace pacienta nebo jeho převzetí do péče

Vyžádaná péče je péče, kdy zdravotnické zařízení provede vyšetření pacienta na základě žádosti jiného zdravotnického zařízení. Žádající ZZ je označováno jako žadatel. Pokud je vyšetřujícím lékař (skupina lékařů), pak jsou označeni jako konziliář a vyšetření jako konziliární.

Jak vypadá vyúčtování

Pro účely vykazování péče jsou definovány číselníky v datovém rozhraní.

Na základě položek z číselníků je vykazována zdravotní péče.

Číselníky VZP

Nejdůležitější číselníky jsou :

- VYKONY - (výkony)
- LEKY - léky (hromadně vyráběná léčiva)
- PZT (zdravotnické pomůcky)
- STOMAG - stomatologické výrobky
- JDG4 - diagnózy (10. revize ICD/MKN)
- VEKIND – věkové indexy
- STOMAGVY – stomatologické výkony s lokalizací
- DOPRAVA – povolené způsoby účtování cest lékaře v návštěvní službě
- NAHRADY – pokud platí péči někdo jiný než ZP

Číselník výkonů:

- kód (5-timístný)
- počet bodů / cena
- čas nositele výkonů
- čas výkonu

Číselník léků:

- kód (7-mimístný)
- úhrada pojišťovnou
- ORC a MFC
- limit (ambulance/nemocnice, recept/ZÚLP)
- preskripce – kdo může předepsat a kdy
- ATC klasifikace (anatomicko-terapeuticko-chemické skupiny), účinná látka

Číselník PZT:

- kód (7-mimístný)
- úhrada pojišťovnou
- MFC
- limit (ambulance/nemocnice, poukaz/ZÚM)
- preskripce – kdo může předepsat a kdy

Číselník stomatologických výrobků

- kód (7-mimístný)

- úhrada pojišťovnou
- kalkulace laboratoře + ordinace

Důležité:

1/ Seznam výkonů, které smí zdravotnický pracovník vykázat, je určen smlouvou

2/ V číselníku výkonů není uvedena informace o některých omezeních:

- frekvence (kolikrát za období, často maximálně 1x za den)
- věkové omezení – u kterých věkových skupin je výkon hrazen a u kterých ne

Typy dokladů

01, A – ambulantní (výkony)

01s, A – ambulantní pro stomatologii (výkony)

03, Z – zvlášť účtované léčivé přípravky a ZP (léky+PZT)

03s, Z – stomatologické výrobky

05, P – LSPP, nepravidelná péče (výkony)

06, E – poukaz na ošetření / vyšetření

36, J – cesty v návštěvní službě

80, H – registrace pacientů (registrační listy)

Typy dávek

05 – LSPP, nepravidelná péče (doklady 05)

80 – dávka registračních listů (doklady 80)

81 – dávka ambulantní smíšená pro stomatologii (doklady 01s+03s)

90 – Poukaz na ošetření / vyšetření smíšená (06+03)

98 – dávka ambulantní smíšená (doklady 01+03)

Charakter dávky

P - původní

O - opravná

Struktura dávky v datovém rozhraní

Každá dávka obsahuje :

- „D“ větu – úvodní větu, které určuje typ dávky
- dokladové věty (A, Z, P, E, J, H) podle typu dávky (1. typ)
- typ věty dle typu dokladu – výkonová / léková / registrace / cesta (2. typ)
- doplňkové věty, které následují doklad (náhrady – 3.typ, ost. dg. 4.typ)

D věta obaluje dokladové věty, dokladové věty obalují věty 2.typu, za dokladovými větami následují věty 3. a posléze 4.typu

Předání vyúčtování pojišťovně

- papírově (není pojišťovněmi podporováno)
- přes média (diskety, flash disky, CD), cca 50% pracovišť, na ústupu
- elektronicky přes portály

Zúčtování vykázané péče

1/ odmítnutí chyb

2/ fakturace a zúčtování vykázané péče, platba

Chyby ve vyúčtování

- pojištěnci jiné ZP
- nenasmlouvané výkony, neexistující kód obecně (kontrola na číselníky)
- překročení frekvenčních omezení
- vykázaní výkonů, které nejsou povoleny pro věkovou skupinu pojištěnce
- chybný typ dávky, charakter dávky, IČZ, IČP, diagnóza
- opakování čísla dokladu nebo dávky v rámci zařízení v průběhu roku (VZP)

Pokud lze chyby odstranit, opravy se vykážou správně pojišťovně ve formě opravného vyúčtování.

Fakturace a zúčtování platby

- **výkonová platba** – fakturuje se v plném rozsahu, pojišťovna uhradí uznanou péči v plném rozsahu
- **předběžná úhrada** – účtuje se měsíční záloha, která je stanovena na pololetí. Vypočtena je jako součin unikátního počtu pacientů a průměrné úhrady v dané odbornosti v předcházejícím roce. 60 dnů po uplynutí období se provádí zúčtování:
 - 1/ zjistí se unikátní počet pacientů za období u odbornosti / segmentu
 - 2/ zjistí se průměrný počet bodů na pacienta v dané odbornosti
 - 3/ z úhradové vyhlášky se zjistí maximální možné navýšení platby
 - 4/ provede se výpočet výše úhrady a vyúčtování
 - a/ vypočte se součin počtu unicitních pacientů a průměrného počtu bodů/pacienta v daném segmentu a hodnoty bodu, a to pro zúčtované i referenční období (stejně období o 2 roky zpět)
 - b/ pokud dojde k nárůstu ceny péče více, než stanoví úhradová vyhláška, provede se korekce
 - d/ rozdíl se buď zařízení doplatí nebo strhne z další platby
 - 5/ Vypočtena je jako součin unikátního počtu pacientů a průměrné úhrady v dané odbornosti v předcházejícím roce.
- **paušál** – účtuje se měsíční paušál, který je stanoven na pololetí

Výše paušálu na další rok se určí jako součin počtu unikátních pacientů a průměrného počtu bodů/pacienta v daném segmentu, opět se bere v potaz nárůst ceny péče oproti referenčnímu období, rozdíl oproti předběžné úhradě spočívá v tom, že bod 4/ (vyúčtování) se neprovádí.

– **KKVP** - kombinovaná kapitačně výkonová platba

a/ kapitační platba – měsíčně se účtuje částka ve výši součinu kapitačního paušálu, jednicového počtu pacientů a degresního koeficientu,

b/ výkonová platba

- účtují se mimokapitační výkony pro registrované pojištěnce
- účtuje se nepravdelná péče

Proplatí se vše, co je uznáno, pokud nepravdelná péče nepřekročí 10% kapitační platby.

Zdroje:

1/ Vyhláška 425/2011 Sb

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75816&nr=425~2F2011&rpp=100>