Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

A) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
   a) 1,00 Kč pro odbornost 925 podle seznamu výkonů,
   b) 0,99 Kč pro odbornost 914 podle seznamu výkonů,
   c) 0,91 Kč pro odbornost 916 podle seznamu výkonů,
   d) 0,99 Kč pro odbornost 921 podle seznamu výkonů.
3. V případě, že v hodnoceném období podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06313, 06315, 06317 a 06318 podle seznamu výkonů je alespoň 10 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů podle bodu 2 o 0,02 Kč.
4. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů podle bodu 2 o 0,05 Kč.
5. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

   (1,06 + KN) x POPzpoZ x PUROo + (1,06 + KN) x max [PUROo x 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 byl vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů,

   PUROo je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištěnce,

   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, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků 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, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMh nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků 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, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMr nevstupuje úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v referenčním období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,03 v případě, že v hodnoceném období podíl počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06313, 06315, 06317 a 06318 je alespoň 10 %,

b) 0,03 v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců s vykázaným výkonem č. 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců je alespoň 35 %,

c) 0,15 v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců překročí 35 %.

6. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 5 nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištěnce jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodech 1 a 2 a v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 nebo 4 navýšenou podle bodu 3 nebo 4.

7. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných v odbornostech 914 a 921 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady podle bodů 5 a 6 nepoužije. Zdravotní služby odborností 914 a 921 podle seznamu výkonů jsou hrazeny výkonově s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.

8. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 5 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

9. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 5 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 30 a méně unikátních pojištěnců.

10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodů 1 a 2.

11. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 926 podle seznamu výkonů

1. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši:

a) 1,23 Kč pro výkony č. 80088, 80089 a 09527 podle seznamu výkonů, a

b) 1,23 Kč pro výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů, přičemž celková výše úhrady za tyto výkony nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$min\{(POPičz, dosp * 30 * PB_{80091} * HB) + (POPičz, dět * 180 * PB_{80091} * HB); Bodyh * HB\}$$

kde:

POPičz,dosp je počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

POPičz,dět je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

Bodyh je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

HB je hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů pro výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů navýšená podle bodu 2.

PB_{80091} je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

2. Hodnota bodu podle bodu 1 se navyšuje:

   a) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,1 úvazku psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí v oboru klinická psychologie nebo psychoterapie, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání,

   b) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,3 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání.

3. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb s výjimkou poskytovatelů lůžkové hospicové péče, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud

   a) počet pojištěnců předaných poskytovatelům odbornosti 720 podle seznamu výkonů nepřesáhne 25 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, a současně

   b) počet pojištěnců předaných ostatním poskytovatelům nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem odbornosti 926 v hodnoceném období, nebo nepůjde o více než 1 pojištěnce v případě, že poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů ošetřil v hodnoceném období méně než 10 unikátních pojištěnců.

4. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb než podle bodu 1, včetně služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:

   a) pokud počet pojištěnců, na které tento poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázal výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené služby mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebo nepůjde o více než 1 pojištěnce v případě, že poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů ošetřil v hodnoceném období méně než 10 unikátních pojištěnců, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,

b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:

i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
ii. poskytnutá stomatologická péče,
iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
iv. výkony odbornosti 801, 802, 807, 808, 812 až 819 a 823, které vyžádal jiný poskytovatel před přijetím pacienta do péče poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
v. výkony indikované a provedené u pacienta jiným poskytovatelem v den přijetí pacienta do péče poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
vi. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
vii. další výkony provedené na zemřelém pacientovi,
viii. tímto poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázané výkony č. 09555 až 09557 a 09990 podle seznamu výkonů.

5. Celková výše úhrady podle bodu 1 písm. b) se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v hodnoceném období 5 a méně unikátních pojištěnců.

6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodu 1.

7. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

C) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 913 podle seznamu výkonů

1. Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. d) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,23 Kč.

2. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.

3. Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$max\{PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1\ldots m} PUM_{ho,j}\right) * 1{,}05 * KN;\ PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\}$$

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci j zdravotní služby v hodnoceném období.

KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

PB_{ho} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období.

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 1,03 Kč.

KP_{ho} je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

j nabývá hodnot 1 až m, kde m je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období.

$PMUP_{ref}$ je průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1\ldots n} PUM_{ref,i}}$$

kde:

Uhr_{ref} je celková úhrada poskytovateli za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v referenčním období.

$PUM_{ref,i}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci i zdravotní služby v referenčním období.

i nabývá hodnot 1 až n, kde n je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období.

4. U poskytovatele, u kterého nelze výši hodnot referenčního období stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž byly poskytovány unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenčního období srovnatelných poskytovatelů. V případě, že poskytovatel v referenčním období vykázal alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny poskytovány hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.
5. Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se nepoužije.
6. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se sjednají ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % úhrady referenčního období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.