

## Hodnota bodu a výše úhrad podle § 12

1. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony přepravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů stanoví hodnota bodu ve výši 1 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony podle seznamu výkonů neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši 0,81 Kč.
3. V případě, že podíl počtu unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 5 %, navyšuje se hodnota bodu uvedená v bodě 2 o 0,07 Kč.
4. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

**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 diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**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 diagnózou C50, E83, F84, G20, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, Q05, Q36, R62 nebo T90 podle mezinárodní klasifikace nemocí.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů 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 byly vykázány v referenčním období hrazené služby s hlavní diagnózou C50, E83, F84, G20, 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 a úhrada za výkony přepravy v návštěvní službě v referenčním období, vypočtené na základě skutečné hodnoty bodu HB<sub>skut</sub> za výkony, které byly v referenčním období součástí limitace úhrady.

**UHRMh** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny se zahrne úhrada za pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období s některou z hlavních diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období.

**UHRMr** je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků a s výjimkou úhrady za výkony přepravy v návštěvní službě za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojišťovny se zahrne úhrada za pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období s některou z hlavních diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84, S94 nebo T02 až T14 podle mezinárodní klasifikace nemocí, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků je rovna nebo překročí pětinašobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně úhrady zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojišťovny ošetřené 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 a 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) 0,11 – v případě, že v hodnoceném období podíl počtu ošetřených unikátních pojištěnců s některou z hlavních diagnóz G10 až G14, I60 až I69, S42, S44, S46, S49, S54, S64, S74, S84 nebo S94 podle mezinárodní

klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených unikátních pojištěnců překročí 5 %.

**HB<sub>skut</sub>** 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<sub>ref</sub>** je celková výše úhrady poskytovatele v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady,

**KP<sub>ref</sub>** je hodnota korunových položek poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných v referenčním období za služby, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady,

**PB<sub>ref</sub>** je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období za výkony, které v referenčním období podléhaly limitaci úhrady.

**HB<sub>ref</sub>** 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, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že vznikl v průběhu referenčního období, v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona, 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 diagnózou C50, E83, F84, G20, G35, G51 až G83, P07, P11, P13, P14, P94, R62, Q05, Q36 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. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 111 % 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.