

Hodnota bodu a výše úhrad podle § 11

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 výsledná hodnota bodu (HB_{red}) stanoví ve výši hodnoty bodu (HB) 0,90 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 902 a 917 podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 výše úhrady stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Hodnota bodu (HB) se stanoví ve výši 0,80 Kč, fixní složka úhrady (FS) ve výši 0,40 Kč a výsledná hodnota bodu (HB_{red}) takto:

$$HB_{red} = FS + VS$$

kde

HB_{red} je výsledná hodnota bodu použitá v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých zdravotních výkonů

FS je fixní složka úhrady

VS je variabilní složka úhrady spočtená podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right) \left(\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}} \right) \right\}$$

kde:

HB je hodnota bodu

PB_{ref} celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období

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

UOP_{ref} počet unikátních pojištěnců v referenčním období

UOP_{ho} počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze zdravotní výkon 09513

\min funkce minimum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejnížší

3. Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce (PB_{ref}/UOP_{ref}), nezapočítá se pro účely výpočtu výsledné hodnoty bodu (HB_{red}) počet bodů za tyto hrazené služby do celkového počtu bodů v hodnoceném období (PB_{ho}).
4. Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se dohodnou ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

5. Pokud poskytovatel ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců v referenčním období, stanoví se výsledná hodnota bodu (HB_{red}) ve výši hodnoty bodu (HB) podle bodu 2.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.