

## «cubrcode»

**Dodatek č. CU/1/2018 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb  
Dohoda o ceně – varianta 2A – ambul. specialista  
(dále jen Dohoda o ceně)  
uzavřený mezi smluvními stranami**

### Poskytovatelem zdravotních služeb

název: «navez»  
se sídlem: «sidlo»  
zastoupeným: «oprzastup7pad»  
telefon / fax: «telefon» / «fax»  
IČO / IČZ: «ic»/ «icz»  
bankovní spojení: «banka», «ucet»  
( dále jen „Poskytovatel“)

a

### Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou

se sídlem: Jeremenkova 11, Ostrava – Vítkovice, PSČ 703 00  
zastoupenou: JUDr. Petrem Vaňkem, Ph.D.,  
generálním ředitelem České průmyslové zdravotní pojišťovny  
vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl AXIV, vložka 545  
zápis ve veřejném rejstříku: + 420 810 800 000  
telefon: smlouvy@cpzp.cz  
email: 47672234  
IČO: «ucetcpzp»  
bankovní spojení: ČPZP, «adrdiv»  
doručovací adresa:  
(dále jen „ČPZP“)

Dohoda o ceně je uzavřena na základě projednání se SAS a v souladu s vyhláškou č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 a platných právních předpisů (dále jen seznam výkonů).

Poskytnuté zdravotní služby budou hrazeny **v roce 2018** následovně.

**Čl.1.** Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši:

- a) **0,68 Kč** pro výkony **43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629** a **43633** podle seznamu výkonů a **1,00 Kč** pro výkony **43652** a **43653** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů
- b) **0,68 Kč** pro výkony **75347, 75348** a **75427** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů
- c) **1,08 Kč** pro screeningové výkony **15101, 15103, 15105, 15107**, dále pro výkony **15440, 15445** a **15950** v případě, že byly vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 105 – gastroenterologie a **1,00 Kč** pro výkony novorozeneckého screeningu **73028** a **73029** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 701 – ORL nebo 702 – foniatrie.
- d) **1,05 Kč** v odbornostech **305, 306, 308** a **309** podle seznamu výkonů.

## Čl. 2.

Pro Poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v Čl.1. ČPZP navýší celkovou úhradu Poskytovateli při splnění níže uvedených parametrů indexu kvality koeficientem  $I_{kva}$  :

- a) V případě, že Poskytovatel zajistí dostupnost hrazených služeb 5 pracovních dní v týdnu a ordinační dobu s pozdějším koncem (minimálně 1x týdně ordinační hodiny do 18,00 hod alespoň u jednoho lékaře daného Poskytovatele nebo 1x týdně od 7,00 hod), dojde při konečném vyúčtování hrazených služeb při stanovení celkové výše úhrady za rok 2018 k navýšení indexem kvality o **0,012**. Podmínkou tohoto navýšení je, že PZS doručí na příslušné pracoviště ČPZP nebo nahlásí elektronicky na e-mail: [smlouvy@cpzp.cz](mailto:smlouvy@cpzp.cz), případně prostřednictvím elektronické Přílohy č. 2, aktuální přehled ordinačních hodin a to nejdéle do 30. 4. 2018. Součástí hlášení je čestné prohlášení o dodržení těchto OH v průběhu celého roku 2018.
- b) Pokud Poskytovatel doloží během roku 2018 platný diplom celoživotního vzdělávání alespoň u 50 % nositelů výkonů, dojde při konečném vyúčtování hrazených služeb při stanovení celkové výše úhrady k navýšení indexem kvality o **0,01**.

V případě, že v průběhu roku 2018 ČPZP prokáže Poskytovateli neplnění podmínek uvedených v bodě a) tohoto článku, nebude při konečném vyúčtování použita příslušná část koeficientu kvality.

**Čl.3.** Pro Poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči neuvedenou v Čl.1. se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,03 Kč s výjimkou výkonu 89312 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč.

Celková výše úhrady Poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$POPzpo \times PUROo \times (1,018 + I_{kva})$$

kde:

**POPzpoZ** počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon 09513 podle seznamu výkonů.

**PUROo** průměrná úhrada za výkony bez zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků podle seznamu výkonů na jednoho unikátního pojištěnce ČPZP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon 09513 podle seznamu výkonů.

$I_{kva}$  součet navýšení indexů kvality dle Čl. 2

**Hodnoceným obdobím je rok 2018, referenčním obdobím rok 2016.**

**Čl.4.** Předběžnou výši měsíční úhrady provede ČPZP do výše 1/12 ze **104 %** objemu úhrady za referenční období navýšenou o Maximální úhradu za výkon 09543. Poskytovatel vyfakturuje poskytnuté zdravotní služby nekrácené. Předběžná úhrada za celé období bude finančně vypořádána v rámci celkového finančního vypořádání, tj. včetně vyhodnocení regulačních omezení a to nejpozději do 150 dnů po ukončení hodnoceného období.

**Předběžná výše úhrady pro rok 2018 činí maximálně Kč**

**«limit\_rok»**

**Čl.5. Maximální úhrada** za vykázaný výkon 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období se stanoví v korunách, a to ve výši třicetinasobku počtu výkonů 09543 vykázaných Poskytovatelem v roce 2014.

$$\text{Max. úhrada} = 30 \times \text{počet výkonů 09543 v roce 2014}$$

**Počet výkonů 09543, které Poskytovatel řádně vykázal v roce 2014 vůči ČPZP**

«pocet\_k09543»

U Poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenou smlouvu s ČPZP, použila ČPZP počty výkonů 09543 srovnatelných Poskytovatelů v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

- Čl.6.** V případě, že ČPZP nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, ČPZP tuto skutečnost případně zohlední v rámci celkového finančního vypořádání.
- Čl.7.** Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle Čl. 2. se nepoužije v případě, že:
- Poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost. Pro správné vyhodnocení, respektive neuplatnění regulačních mechanismů, je nezbytné doplnit údaj o počtu ordinačních hodin.
  - hrazené služby byly poskytnuty pojištěncům EU.
- V případech uvedených v písmenu a) a b) se výkony hradí s hodnotou bodu 1,03 Kč.
- Čl.8.** U Poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval péči v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17, odst.8 zákona, může použít ČPZP pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti hodnoty za referenční období srovnatelného Poskytovatele.
- Čl.9.** V případě změny v rozsahu a struktuře poskytovaných služeb, které by vedly k vyššímu podílu nákladnějších pojištěnců proti referenčnímu období, ČPZP žádost Poskytovatele o zohlednění posoudí v rámci konečného vyúčtování.
- Čl.10** V rámci celkového finančního vypořádání předběžné úhrady obdrží poskytovatel za každou vystavenou a ČPZP uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.
- Čl.11.** Regulační omezení za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál a za vyžádanou péči ve smluvních odbornostech 222, 801, 802, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen vyjmenované odbornosti). Hodnoceným obdobím je rok 2018, referenčním obdobím rok 2016.
- 11.1. Regulační omezení uvedená v Čl. 10.2. až 10.4. ČPZP uplatní pouze v případě, že sdělila Poskytovateli do 30. dubna 2018 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu

regulačních omezení v hodnoceném období:

- a) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb., a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období;
- b) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
- c) průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.

11.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky č. 376/2011 Sb. a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, ČPZP sníží Poskytovateli po skončení hodnoceného období celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.

**Průměrná úhrada za ZUM a ZULP na 1 unikátního pojištěnce v roce 2016 ve výši 102%**

«prum\_mat\_ref»

11.3. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, ČPZP sníží Poskytovateli po skončení hodnoceného období celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513.

**Průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na 1 unikátního pojištěnce v roce 2016 ve výši 100%**

«prum\_pre\_ref»

11.4. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 102 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, ČPZP sníží Poskytovateli po skončení hodnoceného období celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce v hodnoceném období a počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období podle věty první se vypočte z celkového počtu unikátních pojištěnců, do kterého se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné Poskytovatelem, který má s ČPZP na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu Smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním

období ocenění podle Seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období. Průměrná úhrada za vyžádanou péči na 1 unikátního pojištěnce v roce 2016 ve výši 102 % (mimo výkonů screeningu) a přepočtené body budou sděleny Poskytovateli nejpozději do 30. dubna 2018.

- 11.5. Regulační omezení podle Čl. 10.2. až 10.4. se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle Čl. 10.2. až 10.4.
- 11.6. Regulační omezení podle Čl. 10.2 až 10.4 se u Poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí.
- 11.7. Regulační omezení podle Čl. 10.2. se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál u Poskytovatelů specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší u ČPZP 100% úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
- 11.8. Regulační omezení podle Čl. 10.3. se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Poskytovateli specializované ambulantní péče v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu ČPZP.
- 11.9. Regulační omezení podle Čl. 10.4. se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2018 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu ČPZP.
- 11.10. U Poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, ČPZP po dohodě s Poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví; ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech.
- 11.11. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu Smlouvu s ČPZP, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17, odst.8 zákona, může použít ČPZP pro účely uplatnění regulačních omezení podle Čl. 10.2. až 10.4. referenční hodnoty srovnatelného Poskytovatele.
- 11.12. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně, ČPZP neuplatní regulační omezení podle Čl. 10.2. až 10.4. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb.
- 11.13. ČPZP uplatní regulační srážku podle Čl. 10.2. až 10.4. maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté ČPZP Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za hodnocené období.
- 11.14. Pokud Poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem ČPZP, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle Čl. 10.3.
- 11.15. Regulační omezení podle Čl. 10.2. až 10.4. ČPZP uplatní za celého Poskytovatele zdravotních služeb.

**Čl.12.** Do kalendářního období jsou zahrnuty veškeré výkony, které ČPZP obdrží v řádně zpracovaných dávkách v období od 16. dne prvního měsíce daného roku do 15. dne prvního měsíce roku následujícího.

Úhrada zdravotních služeb poskytnutých pojištěncům EU registrovaným u ČPZP nebude zahrnuta do výpočtu celkové výše úhrady pro Poskytovatele.

Vyúčtování zdravotních služeb za celý rok 2018 bude provedeno nejpozději do 150 dnů po ukončení hodnoceného období.

Bude-li tímto způsobem zjištěn přeplatek, ČPZP jej započte na úhradu nejbližší následující pohledávky nebo následujících pohledávek Poskytovatele za ČPZP. Započtení přeplatku na úhradu pohledávek Poskytovatele ČPZP Poskytovateli oznámí. Bude-li zjištěn nedoplatek, bude Poskytovateli uhrazen do 30 dnů od provedení vyúčtování. V případě nesouhlasu s vyúčtováním může Poskytovatel vznést námitky do 30 dnů po obdržení informace o vyúčtování.

**Čl.13.** Tato Dohoda o ceně se sjednává na dobu určitou s účinností **od «platnost\_od» do «platnost\_do»**.

Dohoda o ceně je vyhotovena ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení, a je nedílnou součástí Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb.

Smluvní strany výslovně prohlašují, že tato Dohoda o ceně potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním této Dohody o ceně od **«platnost\_od»** do zveřejnění Dohody o ceně, pokud souvisejí s předmětem Dohody o ceně, a že na takovém základě uznávají tuto Dohodu o ceně za platnou a účinnou i pro uvedené období.

V případě, že se stane některé z ustanovení této dohody neplatným nebo neúčinným, v důsledku přijetí nové právní úpravy, bude nahrazeno ujednáním zachovávajícím zamýšlený účel, neodporujícím nové právní úpravě.

«konecst»

«TableStart:table\_podpis»

«vdne»

Dne:

.....

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

«dummy»«TableEnd:table\_podpis»

.....

Poskytovatel

**Příloha č.1 k Dodatku č. CU/1/2018 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb - Dohodě o ceně na rok 2018:**

IČZ: «icz»  
Poskytovatel: «nazev»  
Adresa: «sidlo»

V souladu s Dohodou o ceně na rok 2018 Vám níže sdělujeme referenční hodnoty. V případech uvedených v Příloze č. 3 vyhlášky MZ č. 353/2017 Sb., odstavec A, Čl. 3. může použít ČPZP srovnatelného Poskytovatele.

<b>ODB</b>	<b>PUROo rok 2016</b>
«TableStart:table_odb»«Odb»	«prum_vyd_xxx»«TableEnd:table_odb»

**ODB** kód odbornosti

**PUROo** průměrná úhrada za výkony bez zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků podle seznamu výkonů na jednoho unikátního pojištěnce ČPZP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon 09513 podle seznamu výkonů.

«TableEnd:body»