

## «cubrcode»

**Dodatek č. CU/1/2021 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: «nazev»  
se sídlem: «sidlo»  
zastoupeným: «oprzastup7pad»  
zápis ve veřejném rejstříku: «orzapis»  
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 v souladu s vyhláškou č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 a platných právních předpisů.

Poskytnuté zdravotní služby budou hrazeny v roce 2021 následovně:

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

- a) **0,73 Kč** pro výkony **43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629** a **43633** podle seznamu výkonů a **1,06 Kč** pro výkony **43652** a **43653** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 403 – radiční onkologie podle seznamu výkonů
- b) **0,74 Kč** pro výkony **75347, 75348** a **75427** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů
- c) **1,13 Kč** pro screeningové výkony **15101, 15103, 15105, 15107**, dále pro výkony **15440, 15445** a **15950** v případě, že byly vykázány v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 105 – gastroenterologie a **1,01 Kč** pro výkony novorozeneckého screeningu **73028, 73029** a **71112** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 701 – ORL, 702 – foniatrie nebo 704 – dětské ORL
- d) **1,04 Kč** v odbornostech **305, 306, 308** a **309** podle seznamu výkonů
- e) **1,08 Kč** v odbornosti **901** – klinická psychologie nebo v odbornosti **931** – dětská psychologie podle seznamu výkonů a pro hrazené služby v odbornostech **305, 306, 308** a **309** podle seznamu výkonů vykazující výkony odbornosti **910** – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s OD 00041 a 00042 podle seznamu výkonů

- f) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až e) se dále při splnění následujících podmínek a Pravidel uvedených v Příloze č.2 této Dohody o ceně navýší o:
- i. 0,04 Kč, pokud Poskytovatel ČPZP nejpozději do 31.1.2021 doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům ČPZP, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí ČPZP nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů
  - ii. 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť Poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u odborností 501 až 507, 601, 602, 605, 606, 701 a 704 až 707 podle seznamu výkonů (dále jen „operační obory“), přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek
  - iii. 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1.1.2018 do 31.12.2020 nevykázal ČPZP žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav
- g) Vypočtená částka odpovídající navýšení hodnoty bodu podle písm. f) bod iii) bude Poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

**Čl.2.** 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 **1,05 Kč** s výjimkou výkonu 89312 podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši **1,06 Kč**.

Hodnota bodu uvedená v Čl.2. se dále při splnění následujících podmínek a Pravidel uvedených v Příloze č.2 této Dohody o ceně navýší o:

- a) 0,04 Kč, pokud Poskytovatel ČPZP nejpozději do 31.1.2021 doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům ČPZP, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí ČPZP nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů
- b) 0,04 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť Poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 24 ordinačních hodin

rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek

- c) 0,02 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1.1.2018 do 31.12.2020 nevykázal ČPZP žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav

**Čl.3.** Celková výše úhrady Poskytovateli dle Čl.2. nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

**POPzpoZ** je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu základních unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období nepřekročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků 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 č. 09513 podle seznamu výkonů.

**POPzpoMh** je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; do počtu mimořádně nákladných unikátních pojištěnců se zahrne pojištěnec, jehož úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků 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 č. 09513 podle seznamu výkonů.

**PUROo** je průměrná úhrada za výkony přepočtená podle seznamu výkonů ve znění účinném v hodnoceném období včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky 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 č. 09513 podle seznamu výkonů. Hodnota PUROo se stanoví následovně:

$$PUROo = \frac{(PB_{PREPROo} \times HB_{ROo}) + ZUM_{ROo} + ZULP_{ROo}}{POP_{ROo}}$$

**PB<sub>PREPROo</sub>** je celkový počet bodů za vykázané a ČPZP uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném v hodnoceném období.

**HB<sub>ROo</sub>** je hodnota bodu Poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období stanovená následovně:

$$HB_{ROo} = \frac{UHR_{ROo} - ZUM_{ROo} - ZULP_{ROo}}{PB_{ROo}}$$

Pokud  $HB_{ROo} < 1$ , vstupuje do výpočtu  $PUR_{Oo}$  hodnota  $HB_{ROo} = 1$ .

**$UHR_{ROo}$**  je celková výše úhrady Poskytovatele v dané odbornosti v referenčním období.

**$PB_{ROo}$**  je celkový počet bodů za vykázané a ČPZP uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období podle seznamu výkonů ve znění účinném v referenčním období.

**$ZUM_{ROo}$**  je úhrada za zvlášť účtovaný materiál v dané odbornosti za referenční období.

**$ZULP_{ROo}$**  je úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti za referenční období.

**$POP_{ROo}$**  je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.

**$UHRMh$**  je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce ČPZP ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období, pokud je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ČPZP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

**$UHRMr$**  je úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce ČPZP ošetřené v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků za každého pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období, pokud je rovna nebo překročí pětinasobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ČPZP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období.

**$KN$**  je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

- a) 0,04 - pokud Poskytovatel ČPZP nejpozději 31.1.2021 doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům ČPZP, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po skončení platnosti dokladu celoživotního vzdělávání doručí ČPZP nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,
- b) 0,04 - pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u 50 % pracovišť Poskytovatele (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně u operačních oborů, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu nejméně do 18 hodin; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě Poskytovatele, u něhož působí jediný nositel výkonů, který plní podmínku rozsahu a rozložení ordinačních hodin na více pracovištích (IČP), přičemž ordinační doba se v tomto případě za jednotlivá pracoviště hodnotí jako celek,

- c) 0,04 - pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel v hodnoceném období ošetří alespoň 5 % pojištěnců, respektive u operačních oborů alespoň 10 % pojištěnců, u nichž v období od 1.1.2018 do 31.12.2020 nevykázal ČPZP žádný výkon, a pro návštěvy pojištěnců využívá objednávkový systém, který umožňuje přednostní vyšetření či ošetření těch pojištěnců, u nichž to vyžaduje jejich zdravotní stav,
- d) 0,10 - pro odbornost 903 podle seznamu výkonů v případě, že v hodnoceném období podíl počtu Poskytovatelem ošetřených unikátních pojištěnců CPZP s hlavní diagnózou F84.0 až F84.3, F84.5, F84.8, F98.5, F98.6, R47 až R47.9, R13, Q35 až Q37 nebo Q90 až Q99 podle mezinárodní klasifikace nemocí překročí 10 % z celkového počtu ošetřených unikátních pojištěnců.

**Hodnoceným obdobím je rok 2021, referenčním obdobím rok 2019.**

**Čl.4.** Předběžnou výši měsíční úhrady provede ČPZP do výše 1/12 ze 111 % objemu úhrady za referenční období. 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 2021 činí maximálně Kč**

**«limit\_rok»**

**Čl.5.** Za každý Poskytovatelem vykázaný a ČPZP uznaný výkon 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši 35,- Kč. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

**Čl.6.** U Poskytovatele, s nímž ČPZP nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady Poskytovateli podle Čl.3. navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a ČPZP uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.

**Čl.7.** Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle Čl.3. 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.

**Čl.8.** Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu ve výši 1,23 Kč a výpočet celkové úhrady podle Čl.3. se nepoužije.

**Čl.9.** U Poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu s ČPZP, neposkytoval péči v dané odbornosti, může použít ČPZP pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce hodnoty za referenční období srovnatelných Poskytovatelů v dané odbornosti se zohledněním struktury a rozsahu poskytovaných zdravotních služeb.

**Čl.10.** V rámci celkového vyúčtování zdravotních služeb za celý rok 2021 obdrží Poskytovatel za každou jím 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.** Za každý Poskytovatelem vykázaný a ČPZP uznaný výkon 09615 - klinické vyšetření u dětí ve věku od 6 do 18 let se navýší úhrada o 35,- Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle Čl.3.

**Čl.12.** 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 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen vyjmenované odbornosti). Hodnoceným obdobím je rok 2021, referenčním obdobím rok 2019.

12.1. Regulační omezení uvedená v Čl. 12.2. až 12.4. ČPZP uplatní pouze v případě, že sdělila Poskytovateli do 30. dubna 2021 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.

12.2. Pokud Poskytovatel poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči uvedenou v Čl.1. 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 108 % 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 vykázaný v rámci hrazených služeb uvedených v Čl.1. 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.

12.3. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 108 % 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.

- 12.4. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 108 % 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 a dále se do vyžádané péče nezahrnují výkony č. 82040 a 82041 podle seznamu výkonů vyžádané u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad a výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
- 12.5. Regulační omezení podle Čl. 12.2. až 12.4. se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle Čl. 12.2. až 12.4.
- 12.6. Regulační omezení podle Čl. 12.2. až 12.4. se u Poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí.
- 12.7. Regulační omezení podle bodu Čl. 12.2. se nepoužije, pokud součet úhrad ČPZP Poskytovatelům specializované ambulantní péče za zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště účtovaný materiál v hodnoceném období nepřevyší u ČPZP součet úhrad na tento druh hrazených služeb v referenčním období.
- 12.8. Regulační omezení podle Čl. 12.3. se nepoužije, pokud součet úhrad ČPZP 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 2021 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu ČPZP.
- 12.9. Regulační omezení podle Čl. 12.4. se nepoužije, pokud součet úhrad ČPZP za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh hrazených služeb na rok 2021 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu ČPZP.
- 12.10. 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.
- 12.11. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu Smlouvu s ČPZP, může použít ČPZP pro účely uplatnění regulačních omezení podle Čl. 12.2. až 12.4. referenční hodnoty srovnatelného Poskytovatele.
- 12.12. 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 tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle Čl. 12.2. až 12.4. 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 pro danou odbornost.

- 12.13. ČPZP uplatní regulační srážku podle Čl. 12.2. až 12.4. 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.
- 12.14. Pokud Poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem ČPZP, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačního omezení podle Čl. 12.3.
- 12.15. Regulační omezení podle Čl. 12.2. až 12.4. se nepoužijí v případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům.
- 12.16. Regulační omezení podle Čl. 12.2. až 12.4. ČPZP vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

**Čl.13.** 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.

Vyúčtování zdravotních služeb za celý rok 2021 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.14.** Tato Dohoda o ceně se sjednává na dobu určitou 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/1/2021 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb - Dohodě o ceně na rok 2021:**

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

V souladu s vyhláškou č. 428/2020 Sb., Vám níže sdělujeme referenční hodnoty. V případech uvedených v Příloze č. 3 vyhlášky, odstavec A, Čl. 4. ČPZP může použít srovnatelného Poskytovatele.

ODB	BodyPrep rok 2019	PURoo rok 2019	PUMAT rok 2019	PUPRE rok 2019	PUIND rok 2019	INDPrep rok 2019
«Table Start:table_odb»« Odb»	«body_ref_prep_ xxx»	«prum_vyd_xxx»	«prum_mat_ref_ xxx»	«prum_pre_ref_x xx»	«prum_ink_ref_p rep_xxx»	«inkvyjm_ref_pre p_xxx»«TableEnd :table_odb»

- ODB** kód odbornosti
- BodyPrep** celkový počet bodů za vykázané a ČPZP uznané výkony v dané odbornosti poskytnuté v referenčním období přepočtený podle seznamu výkonů ve znění účinném v roce 2021
- PURoo** průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ČPZP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázan pouze výkon č. 09513 podle seznamu výkonů.
- PUMAT** průměrná úhrada za ZUM a ZULP na 1 unikátního pojištěnce ČPZP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období ve výši 108%.
- PUPRE** průměrná úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky na 1 unikátního pojištěnce ČPZP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období ve výši 108%.
- PUIND** přepočtená průměrná úhrada za vyžádanou péči na 1 unikátního pojištěnce ČPZP ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období ve výši 108% (mimo výkonů screeningu)
- INDPrep** přepočtená hodnota vyžádané péče v roce 2019

Hodnoty jsou sdělovány pro všechny smluvní odbornosti. Výpočet maximální úhrady a regulačního omezení v rámci konečného vyúčtování za rok 2021 bude stanoven pouze pro odbornosti dle Dohody o ceně.

**Příloha č. 2 k Dodatku č. CU/1/2021 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb - Dohodě o ceně na rok 2021:**

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

Pravidla pro přiznání podmínek uvedených v Čl. 1, bod f), Čl. 2. a Čl. 3. Dohody o ceně.

- a) Pravidla pro přiznání bonifikace pro držitele dokladu o celoživotním vzdělávání (CVL):
1. CVL musí být platný k 1. 1. 2021.
  2. Pokud již Poskytovatel platný CVL ČPZP doložil, nemusí jej posílat znovu, vede automaticky k nároku na bonifikaci.
  3. CVL je platný po celý rok 2021. V případě, že jeho platnost končí v průběhu roku 2021, musí Poskytovatel doložit nový CVL, a to nejpozději do 30 dnů od konce platnosti původního diplomu. V opačném případě ztrácí nárok na bonifikaci (tolerance rozdílu mezi koncem platnosti původního a počátku platnosti nového CVL je max. 30 dní).
  4. Poskytovatel doloží CVL jednotlivých lékařů nebo nelékařských pracovníků, kteří u něj poskytují hrazené služby, nejpozději do 31.1.2021 včetně (na pozdější předání dokladu nebude brán zřetel).
  5. Podmínkou pro uznání bonifikace je podíl pracovníků s dokladem alespoň 50 %. Za pracovníka poskytujícího hrazené služby se považuje nositel výkonu s kategorií „L“ (lékaři) a „K“ (klinický psycholog, klinický logoped, zrakový terapeut), dle doložených nositelů výkonů k datu 1. 1. 2021.
  6. Vyhodnocování této bonifikace se bude realizovat pro celého Poskytovatele za všechna jeho IČP resp. odbornosti dohromady.
- b) Pravidla pro přiznání bonifikace za rozsah, prodloužení a celkové rozložení ordinační doby:
1. Nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu a rozložení Poskytovatelem doložených ordinačních hodin k datu 1. 1. 2021.
  2. Pokud ordinační doba u ČPZP je aktuální a odpovídá realitě – tj. vede k nároku na bonifikaci, Poskytovatel nemusí nic dalšího dokládat.
  3. Pokud potřebuje Poskytovatel upravit ordinační dobu, aby získal bonifikaci, musí to učinit nejpozději do 1.1.2021 a oznámení o tom s uvedením přesné ordinační doby poslat ČPZP nejpozději do 31.1.2021.
  4. Nárok na bonifikaci se týká pouze odbornosti, resp. všech IČP v této odbornosti, pokud je daný rozsah a rozložení ordinační doby nasmlouván alespoň u 50 % pracovišť Poskytovatele v této odbornosti.
  5. Poskytovatel podepsáním dodatku zároveň prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby budou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2021. V opačném případě ztrácí nárok na bonifikaci.

«TableEnd:body»