



**Dodatek č. CU/1/2017 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb**  
**Dohoda o ceně – varianta 2A – ambul. specialista**  
(dále jen Dohoda o ceně)  
**uzavřený mezi smluvními stranami**

**Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou**

se sídlem : Jeremenkova 11, Ostrava – Vítkovice, PSČ 703 00  
zastoupenou : JUDr. Petrem Vaňkem, Ph.D., generálním ředitelem  
zápis ve veřejném rejstříku : vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl AXIV, vložka 545

doručovací adresa : ČPZP, «Adrdiv»  
telefon : + 420 810 800 000  
email : smlouvy@cpzp.cz  
IČO : 47 67 22 34  
bankovní spojení : ČSOB, a.s., č. účtu: 2347534/0300  
(dále jen „CPZP“)

a

**Poskytovatelem** : «**Nazev**»  
zastoupeným : «Oprzastup7pad»  
adresa : «Sidlo»  
tel. / fax : «Telefon»  
IČO / IČZ : «Ic» / «Icz»  
bankovní spojení : «Banka», «Ucet»  
číslo subjektu : «Ref\_cis\_zz»  
( dále jen „poskytovatel“)

Dohoda o ceně je uzavřena na základě projednání se SAS a v souladu s vyhláškou č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 a platných právních předpisů (dále jen seznam výkonů).

Poskytnuté zdravotní služby budou hrazeny v roce 2017 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) 1,03 Kč pro screeningové výkony 15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15445 a 15950 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.

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 1,03 Kč. Pokud poskytovatel již doložil nebo doloží do 30.6.2017 platný diplom celoživotního vzdělávání alespoň u 50% nositelů výkonů, stanoví se zvýhodněný index při výpočtu celkové výše úhrady z 1,035 na 1,05.

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

$$1,035 \times POPzpoZ \times PUROo$$

kde:

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

**Hodnoceným obdobím je rok 2017, referenčním obdobím rok 2015.**

- Čl.3. Předběžnou výši měsíční úhrady provede ČPZP do výše 1/12 ze 103,5 % objemu úhrady za referenční období navýšenou o Maximální úhradu za výkon 09543. Poskytovatel vyfakturuje poskytnuté zdravotní služby nekráceně. 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 2017 činí maximálně Kč**

**«limit\_rok»**

- Čl.4. **Maximální úhrada** za vykázaný výkon 09543 podle seznamu výkonů v hodnoceném období se stanoví v korunách, a to ve výši třicetnásobku 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, použije ČPZP počty výkonů 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do maximální úhrady za hrazené služby.

- Čl.5. 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.6. Výpočet celkové výše úhrady v dané odbornosti podle Čl. 2. se nepoužije v případě, že:
- a) poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 50 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 50 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.
  - b) hrazené služby byly poskytnuty pojištěncům EU.
- V případech uvedených v písmenu a) a b) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,03 Kč.
- Čl.7. 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, použije ČPZP pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti hodnoty za referenční období srovnatelného poskytovatele.
- Čl.8. 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.9. Do maximální úhrady podle Čl.2. se nezahrne úhrada za služby v odbornostech 305, 306, 308 a 309 podle seznamu výkonů poskytnutá v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení. Poskytovatel je povinen předložit seznam osob ošetřených v roce 2017 v podobě rodných čísel, které byly v péči poskytovatele v roce 2017 a jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení, nejpozději do 31.1.2018.
- Čl.10. 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, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 812 až 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen vyjmenované odbornosti). Hodnoceným obdobím je rok 2017, referenčním obdobím rok 2015.
- 10.1. Regulační omezení uvedená v Čl. 10.2. až 10.4. ČPZP uplatní pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30. dubna 2017 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.
- 10.2. 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. Do průměrné úhrady 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, se nezahrne úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů.

**Průměrná úhrada za ZUM a ZULP na 1 unikátního pojištěnce v roce 2015 ve výši 102%**

«cu\_prum\_mat\_ref»

- 10.3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 102 % 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 2015 ve výši 102%**

«cu\_prum\_pre\_ref»

- 10.4. 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 ocení podle Seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2017 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období. Průměrná úhrada za vyžádanou péči na 1 unikátního pojištěnce v roce 2015 ve výši 102% (mimo výkonů screeningu) a přepočtené body budou sděleny při konečném vyúčtování roku 2016.
- 10.5. 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.
- 10.6. Regulační omezení podle Čl. 10.2 až 10.4 se u poskytovatelů poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 nepoužijí.
- 10.7. 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.
- 10.8. 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 2017 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu ČPZP.
- 10.9. 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 2017 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu ČPZP.
- 10.10. 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.
- 10.11. 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, použila ČPZP pro účely uplatnění regulačních omezení podle Čl. 10.2. až 10.4. referenční hodnoty srovnatelného poskytovatele.

- 10.12. Pokud poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 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 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem  $n/30$ , kde  $n$  se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb.
- 10.13. 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.
- 10.14. Pokud poskytovatel předepíše zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem ČPZP, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle Čl. 10.3.
- 10.15. Regulační omezení podle Čl. 10.2. až 10.4. ČPZP uplatní za celého poskytovatele zdravotních služeb.

Čl.11. 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 2017 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.12. 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.

«dne»

Dne:

«TableStart:table\_podpis»«dummy»«TableEnd:table\_podpis»

.....  
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

.....  
poskytovatel

**Příloha č.1 k Dodatku č. CU/1/2017 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb - Dohodě o ceně na rok 2017:**

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

V souladu s Dohodou o ceně na rok 2017 Vám níže sdělujeme referenční hodnoty. Příloha neobsahuje údaje pro smluvní odbornosti, pokud v daném referenčním období v této odbornosti nebyla poskytnuta a vykázána zdravotní služba:

| <b>ODB</b>                  | <b>PUR0o rok 2015</b>                 |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| «TableStart:table_odb»«Odb» | «cu_prum_vyd_xxx»«TableEnd:table_odb» |

**ODB** kód odbornosti

**PUR0o** 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»