

«cubarcod»

Dodatek č. CU/1/2019 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»
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:
telefon: + 420 810 800 000
email: smlouvy@cpzp.cz
IČO: 47672234
bankovní spojení: «ucetcpzp»
doručovací adresa: ČPZP, «adrdiv»
(dále jen „ČPZP“)

Dohoda o ceně je uzavřena v souladu s vyhláškou č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 a platných právních předpisů.

Poskytnuté zdravotní služby budou hrazeny v roce 2019 následovně:

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

- a) **0,70 Kč** pro výkony **43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633** podle seznamu výkonů a **1,02 Kč** pro výkony **43652 a 43653** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie podle seznamu výkonů.
- b) **0,70 Kč** pro výkony **75347, 75348 a 75427** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 705 – oftalmologie podle seznamu výkonů.
- c) **1,09 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 **1,02 Kč** pro výkony novorozeneckého screeningu **73028 a 73029** podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 701 – ORL nebo 702 – foniatrie.
- d) **1,07 Kč** v odbornostech **305, 306, 308 a 309** podle seznamu výkonů.
- e) **1,11 Kč** v odbornosti **901** – klinická psychologie nebo v odbornosti **931** podle seznamu výkonů a pro hrazené služby v odbornostech **305, 306, 308 a 309** podle seznamu vykazujících výkonů odbornosti **910** – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetrovacím dnem denního

stacionáře podle seznamu výkonů.

- f) Hodnota bodu uvedená v písm. a) až e) se dále při splnění následujících podmínek a dle pravidel uvedených v Čl.2., navýší o:
- i. 0,01 Kč v případě, že Poskytovatel ČPZP doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům ČPZP, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů (dále jen CVL) k 1. lednu 2019 nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace (dále také CVL).
 - ii. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně u operačních oborů
 - iii. 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinální hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinální doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.

Čl.2. Pravidla pro přiznání podmínek.

- a) Pravidla pro přiznání bonifikace pro držitele dokladu o celoživotním vzdělávání (CVL):
1. CVL musí být platný k 1. 1. 2019.
 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 2019. V případě, že jeho platnost končí v průběhu roku 2019, 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. 2019 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. 2019.
 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 ordinální doby:
1. Nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu a rozložení Poskytovatelem doložených ordinálních hodin k datu 1.1.2019.
 2. Pokud ordinální doba u ČPZP je aktuální a odpovídá realitě – tj. vede k nároku na bonifikaci, poskytovatel nemusí nic dalšího dokládat.
 3. Pokud potřebuje Poskytovatel upravit ordinální dobu, aby získal bonifikaci, musí to učinit nejpozději do 1.1.2019 a oznámení o tom s uvedením přesné ordinální doby poslat ČPZP nejpozději do 31.1.2019.
 4. Nárok na bonifikaci se týká pouze odbornosti, resp. všech IČP v této odbornosti, pokud je daný rozsah a rozložení ordinální doby nasmlouván nejméně u jednoho pracoviště v této odbornosti.
 5. Poskytovatel podepsáním dodatku zároveň prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinální doby budou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2019. V opačném případě ztrácí nárok na bonifikaci.

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 **1,06 Kč** s výjimkou výkonu 89312 podle seznamu výkonů, pro který

se stanoví hodnota bodu ve výši **1,02 Kč**.

Hodnota bodu uvedená v Čl.3. se dále při splnění následujících podmínek a dle pravidel uvedených v Čl.2., navýší o:

- a) 0,01 Kč v případě, že Poskytovatel ČPZP doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům ČPZP, jsou držiteli platného CVL k 1. lednu 2019 nebo obdobného dokladu příslušné profesní organizace,
- b) 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně u operačních oborů,
- c) 0,01 Kč pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.

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

$$(1,03 + KN) \times (POPzpoZ \times PUROo + \max[PUROo \times POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

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 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.

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.

UHRM_r 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) 0,02 – v případě, že Poskytovatel ČPZP doloží, že nejméně 50 % lékařů nebo nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům ČPZP, jsou k 1. lednu 2019 držiteli platného CVL.
- b) 0,02 – pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, respektive 24 hodin týdně rozložených do 4 dnů týdně u operačních oborů a
- c) 0,02 – pro danou odbornost v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) v dané odbornosti má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.

*Pravidla uznání podmínek dle Čl. 2, bod a) a b).

Hodnoceným obdobím je rok 2019, referenčním obdobím rok 2017.

Čl.4. Předběžnou výši měsíční úhrady provede ČPZP do výše 1/12 ze 105 % 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 2019 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 2017.

Max. úhrada = 30 x počet výkonů 09543 v roce 2017

Počet výkonů 09543, které Poskytovatel řádně vykázal v roce 2017 vůči ČPZP

«pocet_k09543»

U Poskytovatele, který v roce 2017 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2017 nebo neměl uzavřenou smlouvu s ČPZP, použila ČPZP počty výkonů 09543 srovnatelných Poskytovatelů v roce 2017. 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.3. se nepoužije v případě, že:
- 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. V případě, že Poskytovatel splňuje podmínky uvedené v Čl.1. bod f), i. až iii. a v Čl.3. písm. a) až c) navýší se tento počet o 10 unikátních ošetřených pojištěnců za každou splněnou podmínku. 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 všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,06 Kč.
- Čl.8.** 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.
- Čl.9.** V rámci celkového vyúčtování zdravotních služeb za celý rok 2019 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.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, 806 až 810, 812 až 819 a 823 podle seznamu výkonů (dále jen vyjmenované odbornosti). Hodnoceným obdobím je rok 2019, referenčním obdobím rok 2017.
- 10.1. Regulační omezení uvedená v Čl. 10.2. až 10.4. ČPZP uplatní pouze v případě, že sdělila Poskytovateli do 30. dubna 2019 tyto hodnoty referenčního období, které vstupují do výpočtu regulačních omezení v hodnoceném období:
- 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;
 - průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období;
 - průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
- 10.2. 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 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 zvláště účtovaný materiál vykázaný v rámci 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 vykázan pouze výkon č. 09513.

- 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 vykázan pouze výkon č. 09513.
- 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 vykázan 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 2019 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období. Průměrná úhrada za vyžádanou péči na 1 unikátního pojištěnce v roce 2017 ve výši 102 % (mimo výkonů screeningu) a přepočtené body budou sděleny Poskytovateli nejpozději do 30. dubna 2019.
- 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 zvláště účtované léčivé přípravky a zvláště 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 2019 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 2019 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, může použít 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 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. 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. V případě, že Poskytovatel splňuje podmínky uvedené v Čl.1. bod f), i. až ii. a v Čl.3. písm. a) až b) navýší se tento počet o 10 unikátních ošetřených pojištěnců za každou splněnou podmínku. Pro správné vyhodnocení, respektive neuplatnění regulačních mechanismů, je nezbytné doplnit údaj o počtu ordinačních hodin.
- 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 vypočte a uplatní za každou odbornost zvlášť.

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 2019 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 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/1/2019 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb - Dohodě o ceně na rok 2019:

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

V souladu s vyhláškou č. 201/2018 Sb., Vám níže sdělujeme referenční hodnoty. V případech uvedených v Příloze č. 3 vyhlášky, odstavec A, Čl. 4. ČPZP může použít srovnatelného Poskytovatele.

ODB	PUROo rok 2017	PUMAT rok 2017	PUPRE rok 2017
«TableStart:table_odb»«Odb»	«prum_vyd_xxx»	«prum_mat_ref_xxx»	«prum_pre_ref_xxx»«TableEnd:table_odb»

ODB kód odbornosti

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 vykázán 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 102%.

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 102%.

Hodnoty jsou sdělovány pro všechny smluvní odbornosti. Výpočet maximální úhrady a regulačního omezení v rámci konečného vyúčtování za rok 2019 bude stanoven pouze pro odbornosti dle Dohody o ceně.

«TableEnd:body»