

## Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment ambulantních gynekologů pro rok 2021 – paušální předběžná úhrada

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění a v návaznosti na § 8 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (dále jen „Vyhláška MZ č. 428/2020 Sb.“), dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2021 budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

### Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a 604 – dětská gynekologie v roce 2021 budou hrazeny výkonově (včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu) dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), kdy hodnota bodu činí 1,07 Kč s omezením celkovou výší úhrady stanovené dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku.
- 2) Hodnota bodu uvedená v odstavci 1) tohoto článku Dodatku se dále navýší o:
  - a) 0,01 Kč, pokud Poskytovatel Pojišťovně nejpozději do 31. 01. 2021 (včetně) doloží, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, tj. působí u Poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů (CŽV) **k datu 01. 01. 2021**. Na pozdější předání dokladu nebude brán zřetel. Pokud platnost dokladu o CŽV bude končit v průběhu roku 2021, musí Poskytovatel doložit novou kopii dokladu o CŽV nejpozději do 30 dnů od konce platnosti původního dokladu o CŽV.
  - b) 0,01 Kč, pokud Poskytovatel alespoň jedno pracoviště poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, 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. Nárok na bonifikaci bude vyhodnocen dle stavu nasmlouvání rozsahu a rozložení ordinační doby v Příloze č. 2 Smlouvy **k datu 01. 01. 2021**. Poskytovatel podepsáním Dodatku zároveň prohlašuje, že podmínky pro přiznání bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby dle tohoto odstavce budou nasmlouvány a dodržovány po celý rok 2021.
  - c) 0,01 Kč, pokud Poskytovatel doloží Pojišťovně do 31. 12. 2021 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které je platné po celé hodnocené období. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2021.
  - d) 0,01 Kč, pokud Poskytovatel průkazným způsobem Pojišťovně **do 31. 12. 2021** doloží kopii certifikace ISO platnou minimálně po dobu 6 měsíců roku 2021.
- 3) V případě, že Poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. alespoň u 50 % pojištěnek Pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31. 12. 2021, bude mu za výkon č. 63021 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. poskytnuta bonifikace ve výši 220 Kč a za výkon č. 63050 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. bonifikace ve výši Kč 140 Kč. **Pokud by se v důsledku epidemiologické situace celostátně snížila účast pojištěnců Pojišťovny na preventivních prohlídkách, Pojišťovna se zavazuje tuto skutečnost po předchozím projednání se zástupci SSG ČR zohlednit.**
- 4) Pro hrazené služby poskytované registrovaným těhotným pojištěnkám se stanovuje úhrada ve výši podle písmen a) až c) a to za podmínek stanovených v písmenech d) až h) a dále dle článku 2 tohoto Dodatku:
  - a) Úhrada za hrazené služby v prvním trimestru těhotenství vykázané Poskytovatelem prostřednictvím výkonu 63897 (Péče o těhotnou v prvním trimestru těhotenství) ve výši 1 576 Kč.
  - b) Úhrada za hrazené služby v druhém trimestru těhotenství vykázané Poskytovatelem prostřednictvím výkonu 63898 (Péče o těhotnou ve druhém trimestru těhotenství) ve výši 2 626 Kč.
  - c) Úhrada za hrazené služby v třetím trimestru těhotenství vykázané Poskytovatelem prostřednictvím výkonu 63899 (Péče o těhotnou ve třetím trimestru těhotenství) ve výši 3 677 Kč.

V případě, že nebude Poskytovatelem vykáznán příslušný výkon daného trimestru dle písm. a) až c) tohoto odstavce nebo se nebude jednat o registrovanou pojištěnku, bude úhrada realizována v souladu s odstavcem 1) a 2) tohoto článku Dodatku.

- d) Poskytovatel vykazuje kontakt s registrovanou těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411, nebo 63413 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., jejichž úhrada je součástí výše uvedených plateb a slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu registrované těhotné pojištěnky s registrujícím Poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím Poskytovatelem.
- e) Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písmen a) až c) je registrace pojištěnky u daného Poskytovatele v odbornosti 603 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. v den provedení příslušného výkonu signalizujícího daný trimestr těhotenství podle písmen a) až c).
- f) U registrovaných těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví podle písmen a) až c), nejsou v průběhu těhotenství Poskytovatelem vykazovány výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Tyto výkony jsou započteny v úhradě podle písmen a) až c) tohoto odstavce.
- g) Výkony č. 32410, 32420 a 63415 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. jsou Poskytovateli v odbornosti 603 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. hrazeny s hodnotou bodu dle odstavců 1) a 2), pokud byly výkony provedeny a vykážány nebo vyžádány registrujícím Poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. vykáže neregistrující Poskytovatel odbornosti 603 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. bez žádanky registrujícího lékaře, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč.
- h) V případě, že neregistrující Poskytovatel v odbornosti 603 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písmenu d) a f), považují se tyto výkony za extramurální péči a budou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč s výjimkou výkonů 63411 a 63413 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., které budou uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč. Zároveň bude tato péče v této výši odečtena registrujícímu Poskytovateli. V případě vykazování nepravidelné péče o těhotnou pojištěnku (doklad 05 – Vyúčtování výkonů nepravidelné péče) poskytované neregistrujícím Poskytovatelem v odbornosti 603 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., je možné výkony č. 63022, 63023 nebo 63417 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Pojišťovně vykázat.
- 5) Celková výše úhrady pro Poskytovatele za hodnocené období se vypočte takto:

$$\text{NPURO}_{2019} \times \text{UOP}_{2021} \times (1,11 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUUV}) - \text{EM}_{2021}$$

kde:

**NPURO<sub>2019</sub>** je průměrná úhrada za zdravotní výkony, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky kromě zvlášť účtovaných léčivých přípravků použitých v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let, včetně bonifikací za provedení preventivní prohlídky, nově registrované pojištěnky Poskytovatele a individuálně smluvně sjednané úhrady za těhotné pojištěnky, pokud byla v referenčním období sjednána, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykážány pouze výkony č. 09513 nebo 09511 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. Referenčním obdobím se rozumí rok 2019.

**UOP<sub>2021</sub>** je počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti Poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykážány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.

**IGV** je index genetických vyšetření, jehož hodnota je:

0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykážány výkony v rámci odborností 208 nebo 816 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., k počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo

0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo

-0,02 v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo

-0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

**IUV** je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je:

0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykážány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., vyžádané nebo provedené registrujícím Poskytovatelem, k počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo

0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo

-0,01 v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo

-0,03 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV nebo IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63053 a 63055 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. V případě, že počet těhotných pojištěnek Pojišťovny dle věty první registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2021 v hodnoceném období je menší než 10, IGV, resp. IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

**EM<sub>2021</sub>** je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené podle odstavce 4) písm. h). Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady podle odstavce 4) písm. a) až c).

**F<sub>(t)</sub>** je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,06 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$0,36 \times K_{(t)} + 0,0164,$$

V případě, že Poskytovatel nepečoval v hodnoceném období o žádnou těhotnou pojištěnku Pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných **F<sub>(t)</sub>** ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných **K<sub>(t)</sub>** větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných **F<sub>(t)</sub>** ve výši 0,06.

kde:

**K<sub>(t)</sub>** je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$\frac{PTEH_{2021}}{UOP_{2021}}$$

kde:

**PTEH<sub>2021</sub>** je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň jeden z výkonů č. 63053, 63055 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. nebo úhrada podle odstavce 4) písm. a), b) nebo c).

- 6) Výpočet celkové výše úhrady podle ustanovení odstavce 5) tohoto článku Dodatku se nepoužije v případě, že:
- Poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 50 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu hrazených služeb poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou,
  - jde o hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům,
  - Poskytovatel ukončil poskytování hrazených služeb v průběhu hodnoceného období.
- 7) Nad rámec celkové výše úhrady stanovené podle odstavce 5) uhradí Pojišťovna Poskytovateli zvlášť účtované léčivé přípravky použité v rámci anti-D imunizace Rh negativních žen (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.
- 8) Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientek v souvislosti s klinickým vyšetřením (výkony 63021, 63022 a 63023 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.), vyšetřením v prenatální poradně (výkony 63053 a 63055 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.) nebo preventivní prohlídkou (výkon 63050 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.) v ordinaci Poskytovatele v odbornosti 603, resp. v odbornosti 604 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. vykázanou Poskytovatelem Pojišťovně prostřednictvím výkonu 01543 se stanoví úhrada ve výši 56,55 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku.
- 9) Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle mezinárodní klasifikace nemocí, se Poskytovateli navyšuje úhrada o 100 Kč, s výjimkou výkonů provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které se Poskytovateli navyšuje úhrada o 300 Kč. Výplata bude realizována v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období. Toto navýšení úhrady se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku.
- 10) Za každou Poskytovatelem vystavenou a Pojišťovnou 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, obdrží Poskytovatel úhradu ve výši 1,70 Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle odstavce 5) tohoto článku Dodatku a bude realizována v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období.

## Článek 2

### Metodika organizace péče o těhotnou pojištěnku

- 1) Péče o těhotné je hrazena registrujícímu Poskytovateli, proto je podmínkou úhrady za těhotnou formou balíčku dle článku 1 odstavce 4) její platná registrace u Poskytovatele.

2) Obsah úhrady jednotlivých trimestrů je následující:

- a) První trimestr těhotenství - v rámci platby za první trimestr těhotenství jsou hrazeny služby poskytované v rozmezí ode dne vykazání výkonu **63053** či **63897** (výkon se vykazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky) do 14. týdne těhotenství (tj. do týdne 13+6 gestačního stáří), případně do doby předčasného ukončení těhotenství.

Kód výkonu	Název výkonu	Povinné vykazání
63897	Péče o těhotnou v prvním trimestru těhotenství	Platba
63053	Komplexní prenatalní vyšetření	Kontakt
09532	Signální výkon prohlídky dispenzarizované osoby	
63055	Vyšetření v prenatalní poradně	Kontakt
63532	Odběr materiálu z pochvy, čípku a hrdla děložního	
09119	Odběr krve ze žíly u dospělého nebo dítěte nad 10 let	
63417	Ultrasonografické vyšetření pánve u gyn. onemocnění v porodnictví a šestinedělí	

- b) Druhý trimestr těhotenství - v rámci platby za druhý trimestr těhotenství jsou hrazeny služby poskytované od 14. týdne těhotenství (tj. od 14+0 gestačního stáří) do 28. týdne těhotenství (tj. do 27+6 gestačního stáří), případně do doby předčasného ukončení těhotenství.

Kód výkonu	Název výkonu	Povinné vykazání
63898	Péče o těhotnou ve druhém trimestru těhotenství	Platba
63411	Screeningové ultrasonografické vyšetření v 18. – 20. týdnu těhotenství	Kontakt
09532	Signální výkon prohlídky dispenzarizované osoby	
63055	Vyšetření v prenatalní poradně	Kontakt
09119	Odběr krve ze žíly u dospělého nebo dítěte nad 10 let	
63417	Ultrasonografické vyšetření pánve u gyn. onemocnění v porodnictví a šestinedělí	

- c) Třetí trimestr těhotenství - v rámci platby za třetí trimestr těhotenství jsou hrazeny služby poskytované od 28. týdne těhotenství (tj. od 28+0 gestačního stáří) do 41. týdne těhotenství (tj. 40+6 gestačního stáří) nebo do data ukončení těhotenství.

Kód výkonu	Název výkonu	Povinné vykazání
63899	Péče o těhotnou ve třetím trimestru těhotenství	Platba
63413	Screeningové ultrasonografické vyšetření ve 30. - 32. týdnu těhotenství	Kontakt
09532	Signální výkon prohlídky dispenzarizované osoby	
63055	Vyšetření v prenatalní poradně	Kontakt
09119	Odběr krve ze žíly u dospělého nebo dítěte nad 10 let	
63115	Externí kardiokografické vyšetření	
63417	Ultrasonografické vyšetření pánve u gyn. onemocnění v porodnictví a šestinedělí	

- 3) Pokud registrující Poskytovatel výkon 63411 nebo 63413 neprovede, ale indukuje péči k jinému poskytovateli, nevykazuje je ani jako signální výkon kontaktu.
- 4) Výkony, které nejsou označeny jako povinné (platba, kontakt), jsou výkony, které jsou doporučené, nevykazují se a odpovídají doporučeným postupům ČGPS ČLS JEP<sup>1</sup>.
- 5) V průběhu těhotenství registrující Poskytovatel nevykazuje dále tyto výkony: 63021, 63022, 63023, 09115, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513 a 09523. Tyto výkony jsou paušálně započteny v balíčcích uvedených v odstavci 2) tohoto článku Dodatku, s výjimkou výkonu 09215, který je nezbytné vykázat v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti-D, aby byl uznán aplikovaný ZULP.
- 6) Za průběh těhotenství se považuje doba od data vykazání výkonu 63053 či 63897 do data ukončení těhotenství (potratem nebo porodem). Za ukončení těhotenství se považuje vykazání některého z těchto výkonů na rodné číslo těhotné pojištěnky: 63119 – Vedení porodu vaginálně – hlavičkou; 63120 – Vedení porodu vaginálně – hlavičkou porodní asistentkou při supervizi lékařem; 63121 – Vedení porodu koncem pánevním nebo porod dvojčat; 63123 – Ukončení porodu vakuumextrakcí, kleštěmi, obratem anebo manuální extrakcí (u vícečetného těhotenství zvlášť za každý plod); 63125 – Vedení porodu vaginálně – ukončení císařským řezem; 63127 – Sectio cesarea; 63129 – Sectio cesarea a sterilizace; 63131 – Sectio cesarea s následnou hysterektomií (s nebo bez adnexektomie); 63895 - Signální výkon ukončení těhotenství mimo PZS, 63896 – (VZP) Signální výkon ukončení těhotenství potratem; 63149 – Revize po spontánním potratu.
- 7) Každý balíček bude uhrazen maximálně jedenkrát na jedno těhotenství ženy, a to registrujícímu Poskytovateli. Podmínkou úhrady je registrace těhotné pojištěnky u daného Poskytovatele v čase vykazání konkrétního kódu daného balíčku (příslušného trimestru).

<sup>1</sup> Platné znění doporučených postupů ČGPS ČLS JEP: „Zásady dispenzární péče v těhotenství“ (č. 1/2019) a „Potermínové těhotenství“ (č. 2/2019).

### Článek 3 Bonifikace specializovaných zdravotních služeb

- 1) Pojišťovna při splnění dále uvedených podmínek navýší úhradu za níže uvedené screeningové programy o 30 Kč za každého registrovaného pojištěnce u Poskytovatele, u kterého:
  - a) podíl pojištěnců Pojišťovny ve věku od 45 let registrovaných u Poskytovatele, kteří se v hodnoceném období zúčastnili mamografického screeningu, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny ve věku od 45 let registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2021 dosáhne alespoň 30 %,
  - b) podíl pojištěnců Pojišťovny ve věku od 18 let registrovaných u Poskytovatele, kteří se v hodnoceném období zúčastnili screeningu karcinomu děložního hrdla, na celkovém počtu pojištěnců Pojišťovny ve věku od 18 let registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2021 dosáhne alespoň 50 %,
  - c) pokud by se v důsledku epidemiologické situace celostátně snížila účast pojištěnců Pojišťovny na preventivních prohlídkách, což by negativně ovlivnilo možnost dosažení hranice definované v rámci písm. b) tohoto článku Dodatku, Pojišťovna se zavazuje tuto skutečnost po předchozím projednání se zástupci SSG ČR zohlednit.
- 2) Pojišťovna uhradí Poskytovateli, který:
  - 1) v hodnoceném období provedl minimálně 30 výkonů 63063 a je držitelem funkční licence F017 – expertní kolposkopie, bonifikaci ve výši 500 Kč za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznávaný výkon 63063 provedený v hodnoceném období,
  - 2) v hodnoceném období provedl minimálně 30 výkonů 63415 a je držitelem Certifikátu ČGPS pro možnost vykazování výkonu 63415, bonifikaci ve výši 500 Kč za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznávaný výkon 63415 provedený v hodnoceném období,
  - 3) v hodnoceném období prováděl výkony 63701 nebo 63703 a získal zvláštní odbornou způsobilost v oboru gynekologie, bonifikaci ve výši 500 Kč za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznávaný výkon 63701 nebo 63703 provedený v hodnoceném období.
- 3) Pro výplatu bonifikací definovaných v odst. 2) písm. a), b) nebo c) se Poskytovatel zavazuje Pojišťovně do 31. 12. 2021 doložit získaná oprávnění definovaná v odst. 2) písm. a), b) nebo c) tohoto článku Dodatku.
- 4) Úhrada dle odstavce 1) a 2) tohoto článku Dodatku se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle článku 1 odstavce 5) tohoto Dodatku a bude realizována v rámci celkového vyúčtování hrazených služeb za hodnocené období.

### Článek 4 Regulační omezení

- 1) Pojišťovna může vůči Poskytovateli uplatnit regulační omezení dle části C) Přílohy č. 4 k Vyhlášce MZ č. 428/2020 Sb., jestliže dojde k překročení celkové výše nákladů Pojišťovny stanovené pro rok 2021 pro segment ambulantní péče v odbornostech 603 a 604.
- 2) Způsob případného omezení úhrady dle odstavce 1) tohoto článku Dodatku projedná Pojišťovna předem se zástupci poskytovatelů ze segmentu ambulantní péče v odbornostech 603 a 604.

### Článek 5

- 1) Pojišťovna bude v roce 2021 provádět Poskytovateli předběžnou úhradu ve výši 1/12 111 % objemu úhrady v referenčním období. Výše předběžné měsíční úhrady Poskytovateli činí: **Paušál Měsíc** Kč.
- 2) V případě změny spektra nebo rozsahu hrazených služeb poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny, má Poskytovatel právo písemně požádat Pojišťovnu o změnu výše předběžné úhrady.
- 3) Finanční vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznávaných do celkové výše úhrady včetně případného navýšení hodnoty bodu dle odstavce 2) článku 1 tohoto Dodatku bude provedeno v rámci ročního vyúčtování hrazených služeb za rok 2021, tzn. do 31. 05. 2022.
- 4) Pokud z finančního vypořádání dle odstavce 3) tohoto článku Dodatku vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána zvláštní platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnu, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.
- 5) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2021 nejpozději do 31. 03. 2022. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 31. 03. 2022 do finančního vypořádání dle odstavce 3) tohoto článku Dodatku.
- 6) Jestliže Poskytovatel ukončí svoji činnost v průběhu hodnoceného období, bude obsahem finančního vypořádání hrazených služeb Poskytovateli vyrovnání poskytnutých předběžných úhrad dle odstavce 1) vůči výkonovému ocenění (včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu) Poskytovatelem provedených hrazených služeb dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. hodnotou bodu 1,07 Kč.

V tomto případě bude finanční vypořádání provedeno do 150 dnů po zániku nebo ukončení Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.

- 7) V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde ke změnám struktury a k podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, může Poskytovatel požádat Pojišťovnu o zohlednění v rámci výpočtu výše celkové úhrady. Poskytovatel musí svou žádost Pojišťovně předat písemně společně s řádným odůvodněním nejpozději do 30 dnů od zaslání vyúčtování. Pojišťovna žádost Poskytovatele posoudí a v případě, že uzná žádost jako odůvodněnou, může výši celkové úhrady částečně nebo plně zohlednit.
- 8) U Poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu s Pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů. Hodnota referenční průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovené v souladu s větou první je uvedena v Příloze č. 1 k Dodatku/2021.
- 9) Úhrady nově definovaných zdravotních služeb souvisejících s předpokládaným mimořádným vývojem pandemické situace v souvislosti s onemocněním COVID-19 (zejména zdravotní služby týkající se testování, očkování) budou v hodnoceném období realizovány v souladu s informacemi zveřejněnými na webu Pojišťovny v sekci „Poskytovatelé → Obecné informace → Informace v souvislosti s onemocněním COVID-19“<sup>2</sup>.
- 10) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2021 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

#### Článek 6

- 1) Poskytovatel se v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, v platném znění a Datovým rozhraním zavazuje předávat Pojišťovně na elektronickém nosiči seznam nově registrovaných pojištěnek Pojišťovny, které se u něho registrují, a dále průběžnou aktualizaci údajů o změnách v registraci. Nebudou-li tyto údaje Poskytovatelem Pojišťovně předány nejpozději do 31. 03. 2022, je Pojišťovna oprávněna neuhradit, resp. omezit Poskytovateli platby s vazbou na podmínku registrace.
- 2) V případě, že Pojišťovna zjistí, že Poskytovatel vybral od pojištěnky Pojišťovny poplatek za provedení screeningového vyšetření, bude toto považováno za porušení podmínek upravených Smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb.

#### Článek 7

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“), pojištěncům smluvních zemí (Albánie, Černá Hora, Srbsko, Severní Makedonie, Tunisko a Turecko) a pojištěncům Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku (UK), na něž se vztahuje Protokol o koordinaci sociálního zabezpečení stanovený Dohodou o obchodu a spolupráci mezi EU a Evropským společenstvím pro atomovou energii na jedné straně a UK na straně druhé a čl. 30 nebo čl. 32 Dohody o vystoupení Spojeného království VB a Severního Irsku z EU a Evropského společenství pro atomovou energii se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za pojištěnce z členských a smluvních zemí a z UK Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 1231/2010 a Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 465/2012 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.
- 2) Pro hrazené služby poskytované pojištěncům Pojišťovny z členských a dalších smluvních zemí se stanoví hodnota bodu ve výši 1,11 Kč. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí nebudou zahrnuty do úhrady dle odstavce 1) až 5) článku 1 tohoto Dodatku a dále ani do regulačních omezení.
- 3) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

<sup>2</sup> <https://www.zpmvcr.cz/poskytovatele/obecne-informace/informace-v-souvislosti-s-onemocnenim-covid-19>

## Článek 8

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2021, ne však dříve než od data uvedeného v platně uzavřené Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. Pro Poskytovatele bez plnohodnotného referenčního období je součástí Dodatku Příloha č. 1 k Dodatku/2021.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 5) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 6) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 8) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí podepsaný Dodatek neprodleně zpět do Pojišťovny, nejpozději však do 30. 11. 2021. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

IČO Poskytovatele: .....

IČZ Poskytovatele: .....

Interní označení Poskytovatele: .....

**ÚHRADOVÝ UKAZATEL SROVNATELNÉHO POSKYTOVATELE**  
pro Poskytovatele bez plnohodnotného referenčního období

**Odbornost PZS**

**Hodnota PUROo**

číselný kód nasmlouvané odbornosti PZS

???

číselný kód nasmlouvané odbornosti PZS

???

V ..... dne .....

.....  
Pojišťovna (podpis, razítko)