

Dodatek č. 4

ke Smlouvě č. 5033/08

o poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen "Smlouva")

Smluvní strany:

**1. Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
se sídlem Michálkovická 108, 710 15 Slezská Ostrava**

zapsána v obchodním rejstříku Krajského soudu v Ostravě, oddíl A XIV, vložka 554
zastoupená ředitelem Ing. Lubomírem Káňou
identifikační číslo: 47673036
kód pojišťovny: 213
bankovní spojení: Komerční banka, a.s.
číslo účtu: 27-5540090257/0100
e-mail: havrlant@rbp-zp.cz

(dále jen "pojišťovna" nebo "RBP")
na straně jedné

a

2. Název zdravotnického zařízení : Sociální služby města Havířov

sídlo : Přemyslova 1618/12, 73601 Havířov - Podlesí
oprávněný zástupce :
identifikační číslo : 60337583
IČZ : 87563000
bankovní spojení : Komerční banka, a.s.
číslo účtu : 76137791/0100
telefon : 596411031
e-mail :

(dále jen "zdravotnické zařízení")
na straně druhé

budou postupovat při úhradě zdravotní péče poskytnuté v roce 2010 dle vyhlášky MZ č. 471/2009 Sb. takto:

Článek I.

Předmětem tohoto dodatku Smlouvy je vzájemná dohoda o poskytování zdravotní péče pojištěncům pojišťovny v období od 1.1.2010 do 31.12.2010, hrazené z veřejného zdravotního pojištění a předané k vyúčtování, a úhradě nákladů této péče. Podmínky poskytování a úhrady nákladů sjednané zdravotní péče jsou dle příslušných segmentů odborností upraveny následovně:

1. Praktičtí lékaři

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři bude vykazována a hrazena podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění. Hodnota bodu pro úhradu zdravotní péče pro odbornosti 001 a 002 činí Kč 1,00 do limitu času nositele výkonu dle § 41 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění, pro výkony dopravy v návštěvní službě se stanoví hodnota bodu ve výši Kč 0,91. V případě požadavku uplatnění kombinované kapitačně výkonové platby se pojišťovna zavazuje sjednat dodatek ke Smlouvě pro tento způsob úhrady. Jestliže je zdravotní péče v odbornostech 001, 002 již účtována na základě smluvního ujednání o uplatnění kapitačně výkonové platby samostatně, tento způsob úhrady je nadále platný ve smyslu uzavřeného samostatného dodatku ke Smlouvě.

2. Ambulantní specialisté

2.1. Specializovaná ambulantní zdravotní péče bude vykazována a hrazena podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony takto :

2.1.1. Hodnota bodu a výše úhrad:

- a) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti 910 – psychoterapie podle seznamu výkonů společně s ošetřovacím dnem denního stacionáře podle seznamu výkonů, a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 901 – klinická psychologie, podle seznamu výkonů,*
- b) 1,08 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči,*
- c) 1,00 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 927 - ortoptista, podle seznamu výkonů, a pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti 903 – klinická logopedie s výjimkou výkonů 72211, 72213, 72215 a 72019, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč,*
- d) 0,71 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle seznamu výkonů smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie, podle seznamu výkonů,*
- e) 0,96 Kč pro výkony 75347 a 75348, podle seznamu výkonů, smluvní odbornosti 705 – oftalmologie,*

f) 1,02 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení.

2.1.2. Výše úhrady bude stanovena dle ustanovení bodu A), bod 1.-4. Přílohy č. 3 k vyhlášce č. 471/2009 Sb. Snížená výše úhrady se nepoužije v případech uvedených v bodě 4., písm. A) Přílohy č. 3 vyhlášky. V těchto případech se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,00 Kč.

2.1.3. U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popř. které neposkytlo péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce, ošetřeného v dané odbornosti za referenční období, srovnatelných zdravotnických zařízení.

2.1.4. Regulační omezení:

a) Pojišťovna je oprávněna provést dle nasmlouvaných a vykázaných výkonů příslušných odborností specializované ambulantní zdravotní péče regulace definované v jednotlivých bodech B), C) nebo D) 1.-12. Přílohy č. 3 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

b) Referenční údaje pro stanovení celkové výše úhrady a regulace pro 1. pololetí 2010 pojišťovna uvede v Příloze tohoto dodatku. Referenční údaje pro 2. pololetí 2010 sdělí pojišťovna nejpozději do 31.7.2010.

c) Pojišťovna na základě odůvodněné žádosti zdravotnického zařízení zohlední pro účely regulačních omezení nárůst úhrad za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči v důsledku poskytnutí uvedené péče pojištěncům s mimořádně vysokými nároky na její náklady v porovnání s objemem této péče v referenčním období.

2.1.5. Pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení předběžnou úhradu ve výši 106% objemu úhrady za příslušné pololetí 2008. Výše stanovené předběžné úhrady je uvedena v Příloze tohoto dodatku. Měsíční předběžná úhrada bude činit jednu šestinu takto stanovené předběžné úhrady.

Jestliže není údaj o výši předběžné úhrady pro příslušné období uveden, není tato sjednána.

2.2. Gynekologie (odbornost 603, 604)

2.2.1. Úhrada zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění poskytnuté pojištěncům pojišťovny včetně zdravotní péče poskytnuté pojištěncům z ostatních členských států EU, EHS a Švýcarska podle příslušných předpisů ES a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení (dále jen „zahraniční pojištěnci“) a předané k vyúčtování v odbornosti gynekologie bude prováděna podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč.

2.2.2. Způsob úhrady bude stanoven dle ustanovení bodu A), bod 1.-7. Přílohy č. 4 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

Nad rámec celkové úhrady za účelem zvýšení efektivity preventivní péče a dostupnosti této péče uhradí pojišťovna vždy do 4 měsíců po skončení příslušného kalendářního pololetí:

- za provedené preventivní prohlídky (tj. za vykázaný kód preventivní prohlídky 63051) **částku 100,- Kč,**
- v zájmu zabezpečení dostupnosti zdravotní péče gynekologických ambulancí pro pojištěnky RBP v případě nově registrované pojištěnky, která nebyla v péči daného zdravotnického zařízení (tj. nebyl na ni vykázan v posledních 2 letech tímto zdravotnickým zařízením žádný z výkonů 63051, 63011, 63012, 63021, 63022), **částku 500,- Kč** za výkon 63011, resp. 63021.

Tato úhrada se netýká zahraničních pojištěnců

2.2.3. Regulační omezení

a) Pojišťovna je oprávněna provést regulace podle ustanovení bodu B) 1.-9. Přílohy č. 4 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

b) Referenční údaje pro stanovení celkové výše úhrady a regulace pro rok 2010 sdělí pojišťovna nejpozději do 31.7.2010.

2.2.4. Měsíční předběžná úhrada je stanovena ve výši jedné dvanáctiny 106% objemu úhrady za rok 2008 mimo platby nad rámec celkové úhrady dle bodu 2.2.2.

3. Fyzioterapie

3.1. Sjednaná hodnota bodu pro úhradu zdravotní péče poskytované pracovišti odbornosti 902 činí Kč 0,80.

3.2. Pro zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem dle bodu 3. Přílohy č. 7 k vyhlášce č. 471/2009 Sb. se stanoví hodnota bodu ve výši 0,50 Kč.

3.3. Ustanovení bodu 3.2. se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců v příslušném pololetí 2008 a na výkony dopravy v návštěvní službě, kdy se hodnota bodu stanoví ve výši 0,91 Kč.

3.4.

a) Pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení předběžnou úhradu ve výši 103% objemu úhrady za příslušné pololetí 2008. Tato pro 1. pololetí 2010 činí **344.824,- Kč**, pro 2. pololetí 2010 činí **390.241,- Kč**. Měsíční předběžná úhrada bude činit jednu šestinu takto stanovené předběžné úhrady.

b) Pokud v odstavci a) nebude údaj o výši předběžné úhrady uveden nebo sdělen, platí, že tato se pro období 1. nebo 2. pololetí 2010 nesjednává.

3.5. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2008 a pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve Smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.

4. Domácí zdravotní péče

4.1. Úhrada zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění poskytnuté pojištěncům pojišťovny a předané k vyúčtování bude prováděna podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony takto:

- Hodnota bodu v odbornosti 925 činí 1,00 Kč,
- Hodnota bodu výkonu dopravy v návštěvní službě činí 0,91Kč. Na tyto výkony se nevztahuje ustanovení bodu 4.2. a 4.3.

4.2. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 105% vypočteného objemu dle bodu 4., Přílohy č. 6 k vyhlášce č.471/2009 Sb., popřípadě upraveného podle Čl.I. bodu 4.5. tohoto dodatku, se hradí podle seznamu výkonů s výše uvedenou hodnotou bodu.

4.3. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad 105% objemu vypočteného dle bodu 4., Přílohy č.6 k vyhlášce č. 471/2009 Sb., popř. upraveného podle Čl.I. bodu 4.5. tohoto dodatku se hradí hodnotou bodu ve výši 0,70 Kč .

4.4. Ustanovení bodu 4.2., 4.3. se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců pojišťovny v referenčním období.

4.5. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2008 a pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve Smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.

5. Komplement

5.1. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 809, podle seznamu výkonů, se do objemu vypočteného podle bodu 3 stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89711 až 89725 a 89611 až 89619 (dále jen „vybrané výkony“), podle seznamu výkonů, pro které se do objemu vypočteného podle bodu 5.3. stanoví hodnota bodu ve výši 0,70 Kč. Referenční počet bodů pro odbornost 809(mimo vybrané výkony) za 1. pololetí roku 2008 činí, za 2. pololetí roku 2008 činí.....

Referenční počet bodů za vybrané výkony za 1. pololetí roku 2008 činí....., za 2. pololetí roku 2008 činí

5.2. Pro zdravotní péči poskytovanou v odbornosti 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 819, 822 a 823, podle seznamu výkonů, se do objemu vypočteného podle bodu 5.3. hodnota bodu stanoví ve výši 0,70 Kč. Referenční počet bodů za 1. pololetí roku 2008 činí, za 2. pololetí roku 2008 činí

5.3. Zdravotní péče poskytovaná v hodnoceném období ve výše uvedených odbornostech se hradí s hodnotou bodu podle bodu 5.1. a 5.2. do objemu 100 % zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období; nad tento objem

se zdravotní péče hradí s hodnotou bodu 0,36 Kč. Hodnoceným obdobím je příslušné pololetí roku 2010, referenčním obdobím příslušné pololetí roku 2008.

- 5.4. Pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení v 1. pololetí a ve 2. pololetí 2010 měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné šestiny 104% objemu úhrady za odpovídající kalendářní pololetí roku 2008. Výše měsíční předběžné úhrady pro 1. pololetí 2010 činí Kč..... Výše měsíční předběžné úhrady pro 2. pololetí 2010 činí Kč.....

Jestliže není údaj o výši předběžné úhrady pro příslušné období uveden, není tato sjednána.

- 5.5.1. *Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,10 Kč, screeningu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu, podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.*
- 5.5.2. *Pro zdravotní péči poskytovanou zahraničním pojištěncům se stanoví hodnota bodu podle bodů 5.1., 5.2. a 5.5.*
- 5.5.3. *U zdravotnického zařízení, které v hodnoceném období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti nebo u kterého nelze objem celkové úhrady stanovit, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu podle bodu 3 použít průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce pojišťovny za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.*
- 5.5.4. *Ustanovení bodu 5. 3. se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení poskytlo zdravotní péči 50 a méně unikátním pojištěncům pojišťovny. Ustanovení bodu 5.3. se dále nepoužije v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům.*
- 5.5.5. *Pojišťovna nehradí výkony ve výše uvedených odbornostech agregované do ošetřovacího dne provedené u hospitalizovaných pojištěnců pojišťovny.*

6. DRNR a ZZS

Zdravotní péče poskytovaná v rámci zdravotní dopravy bude hrazena dle vyhlášky MZ č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.

- 6.1. *Sjednaná hodnota bodu pro odbornost 989 činí 0,95Kč pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nepřetržitém provozu, tj. za splnění následujících podmínek:*

- *prokazatelný, na vlastním pracovišti fyzicky zajištěný 24 hod. provoz,*
- *vlastní dispečink v nepřetržitém provozu nebo smlouva s centrálním dispečinkem nebo s dispečinkem ZZS,*
- *minimálně 5 plných pracovních úvazků řidičů zdravotní dopravy v pasportizaci,*
- *minimálně 3 sanitní vozy zdravotní dopravy vybavené dle platných předpisů v pasportizaci.*

- 6.2. *Sjednaná hodnota bodu pro odbornost 989 činí 0,90 Kč pro zdravotnická zařízení neposkytující zdravotní péči v nepřetržitém provozu.*

6.3. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 100% vypočteného objemu se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu uvedenou v bodě 6.1. tohoto dodatku. Tento objem se vypočte dle ustanovení bodu 2. Přílohy č. 8 k vyhlášce č. 471/2009 Sb.

6.4. Pojišťovna je oprávněna nad 100% vypočteného objemu upravit hodnotu bodu uvedenou v bodě 6.1. na 0,90 Kč a pro zdravotnická zařízení uvedená v bodě 6.2. na 0,80 Kč. Toto ustanovení se nepoužije pro zdravotnická zařízení, která v roce 2008 nebo 2010 poskytla péči méně než 50 převezeným pojištěncům pojišťovny.

6.5. Sjednaná hodnota bodu zdravotních výkonů v rámci LSPP činí 0,95 Kč.

6.6. Sjednaná hodnota bodu v odbornosti 709 (ZZS) činí 1,06 Kč.

7. Lékařská služba první pomoci (odbornost 003)

Lékařská služba první pomoci bude hrazena hodnotou bodu ve výši 0,95 Kč podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění.

8. Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři bude hrazena na základě samostatného smluvního ujednání.

9. Celková výše předběžné úhrady pro segmenty ambulantní specializované péče a gynekologie je součtem předběžných úhrad za tyto segmenty a je uvedena v Příloze. Výši předběžné úhrady pro 2. pololetí 2010 sdělí pojišťovna zdravotnickému zařízení do 31.7.2010. Jestliže není údaj o výši předběžné úhrady pro příslušné období uveden, není tato sjednána.

Článek II.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc, příp. čtvrtletí. Zdravotnické zařízení předkládá pojišťovně fakturu za poskytnutou zdravotní péči v souladu s termíny dohodnutými ve Smlouvě. Individuální doklady vztahující se k příslušným měsícům kalendářního čtvrtletí s vyplněným průvodním listem dávky předává pojišťovně spolu s fakturou.

2. Pokud jsou fakturované částky ohraničeny předběžnou, resp. celkovou úhradou, budou uhrazovány v souladu s tímto smluvním ujednáním. V případě měsíční předběžné úhrady bude tato uhrazena do její výše. Pokud v jednotlivém kalendářním měsíci nedosáhne hodnota vykázané a pojišťovnou uznané zdravotní péče hodnoty měsíční předběžné úhrady, bude faktura uhrazena pouze ve výši hodnoty vykázané a pojišťovnou uznané péče.

3. Po ukončení příslušného pololetí bude provedeno závěrečné vyúčtování u segmentů, kde byla poskytnuta předběžná úhrada. Vyúčtování za 1.pololetí 2010 se provede do 31.10.2010 z dávek za 1-6/2010 vykázaných do 30.9.2010. Vyúčtování za 2.pololetí 2010 se provede do 30.4.2011 z dávek za 7-12/2010 vykázaných do 31.3.2011. Vyúčtování za rok 2010 v segmentu zdravotní dopravy se provede do 30.4.2011 z dávek za 1-12/2010 vykázaných do 31.3.2011.

4. V případě, že u úhrady jednotlivých segmentů zdravotní péče dojde ve vyúčtování k vyčíslení doplatků, resp. přeplatků, budou tyto vzájemně započteny a celkové vyrovnání bude reflektovat jejich rozdíl.

Článek III.

1. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a uzavírá se na dobu určitou do 31.12.2010.
2. Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti od 1.1. 2010.
3. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

V Havířově dne 12.3.2010

.....
 razítko a podpis oprávněného
 zástupce zdravotnického zařízení

**Sociální služby města
 HAVÍŘOVA**
 Přemyslova 1618/12
 736 01 HAVÍŘOV - PODLEŠÍ
 telefon: 599 505 311 1

12. 02. 2010
 V Ostravě dne

REVÍRNÍ BRATRSKÁ KASNA.
 zdravotní pojišťovna
 Michálkoviclá 108
 710 15 SLEZSKÁ OSTRAVA

.....
 MUDr. Jiří Havrlant
 náměstek ředitele pro zdravotnictví
 na základě pověření ze dne 22.1.2010