

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
České republiky, IČ: 47114304
se sídlem v Praze 10, 101 00, Na Míčankách 2
Kód pojišťovny: 211
(Obchodní rejstřík: Městský soud Praha A/7216)



zastoupená: Ing. Milanem ŠINDLEREM
ředitelem pobočky ZP MV ČR Ostrava
se sídlem: Hlávkova 2
702 00 Ostrava - Přívoz

SOC. SLUŽBY MĚSTA HAVÍŘOV
Ing. ČERNÝ Milan - ředitel
Přemyslova 1618/12
736 01 Havířov 1

(dále jen "Pojišťovna")

a

Zdravotnické zařízení

SOC. SLUŽBY MĚSTA HAVÍŘOV
Ing. ČERNÝ Milan
Přemyslova 1618/12
736 01 Havířov 1

IČ zdravotnického zařízení: 60337583
IČZ zdravotnického zařízení: 87563000
Interní označení zdravotnického zařízení: 6033758322

(dále jen "zdravotnické zařízení")

SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA HAVÍŘOVA		Č. dop.
Došlo dne: <i>Lx</i>	20-02-2008	-1- Zpracoval <i>[Signature]</i>
Č. j.: <i>70/146/08</i>		Spis. znak
Příl.:		

Dodatek č. 1/2008 ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění č. 8AS__00531 na rok 2008

Shora označené smluvní strany se v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 383/2007 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008 dohodly, že zdravotní péče poskytovaná zdravotnickým zařízením v roce 2008, bude hrazena podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Zdravotní péče poskytovaná zdravotnickým zařízením v roce 2008 bude hrazena výkonově (včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaných zdravotnických prostředků) 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 Kč do limitu času nositele výkonu stanoveného v souladu s § 41 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění, s omezením maximální úhradou v návaznosti na počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti v příslušném referenčním nebo hodnoceném pololetí.
- 2) Celková výše úhrady pro zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní péči v jedné odbornosti nepřekročí částku, která se stanoví dle následujícího výpočtu:

POPzpo x PUROo x Inu

kde:

POPzpo

počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2008; unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v příslušném pololetí alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát

PUROo

průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007

Inu index nárůstu úhrad, který činí 1,06

- 3) Celková výše úhrady pro zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní péči ve více odbornostech nepřekročí částku rovnající se součtu částek za jednotlivé odbornosti, kde se částka za jednotlivou odbornost stanoví dle následujícího výpočtu:

$$\text{POPzpo} \times \text{PUROo} \times \text{Inu}$$

kde:

POPzpo počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2008

PUROo se vypočte takto:

$$\text{PUROo} = \text{PPBROo} \times \text{RDHB} + \text{PUZUMROo} + \text{PUZULPROo}$$

kde:

PPBROo průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007

RDHB reálně dosažená hodnota bodu pro ambulantní specializovanou péči, poskytnutou zdravotnickým zařízením, u Pojišťovny v příslušném pololetí 2007, která se určí jako podíl celkové úhrady poskytnuté zdravotnickému zařízení Pojišťovnou za ambulantní specializovanou péči snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za příslušné pololetí 2007 a celkového počtu bodů za ambulantní specializovanou péči zdravotnickým zařízením vykázaných za příslušné pololetí 2007 a Pojišťovnou uznaných

PUZUMROo průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v příslušném pololetí 2007

PUZULPROo průměrná úhrada za účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti ve zdravotnickém zařízení v příslušném pololetí 2007

Inu index nárůstu úhrad, který činí 1,06

- 4) U zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí 2007 dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady zdravotnickému zařízení podle bodu 2, resp. 3 tohoto článku Dodatku navýší o hodnotu zdravotnickým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Pro bodové ohodnocení nově nasmlouvaných zdravotních výkonů Pojišťovna použije Vyhlášku MZ č. 134/1998 Sb. v platném znění s hodnotou bodu ve výši 0,95 Kč.
- 5) Pojišťovna dále zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšené průměrné náklady na zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změny struktury ošetřených pojištěnců.
- 6) Nad rámec celkové výše úhrady stanovené v bodu 2, resp. 3 tohoto článku Dodatku uhradí Pojišťovna poskytnutou zdravotní péči podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. (včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků), úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu stanovenou ve výši 0,30 Kč. Počet bodů hrazených touto hodnotou se stanoví jako rozdíl mezi celkovým počtem zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů a počtem bodů, který se stanoví jako podíl celkové výše úhrady stanovené v bodu 2, resp. 3, po odečtení zdravotnickým zařízením vykázaného a Pojišťovnou uznaného zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, a hodnoty bodu stanovené v bodu 1 tohoto článku, tj. ve výši 1 Kč. Pokud má tento rozdíl zápornou hodnotu, ustanovení tohoto odstavce se nepoužije.
- 7) Celková výše úhrady (omezení maximální úhradou) podle bodu 2, 3, resp. 6 se nepoužije:
- a) v případě zdravotnického zařízení, které v příslušném pololetí 2007 nebo 2008 v rámci jedné odbornosti ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. Limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců se přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou,
 - b) v případě zdravotní péče poskytované pojištěncům z EU.
- 8) Pojišťovna bude vůči zdravotnickému zařízení uplatňovat následující regulační mechanismy za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. (dále jen „vyjmenované odbornosti“), přičemž do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu (výkony č. 89221 a 89813 provedené zdravotnickými zařízeními akreditovanými pro provádění mammografického screeningu vykázané těmito zařízeními v souvislosti s diagnózou Z12.3 dle MKN) prováděné zdravotnickým zařízením, které má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu Smlouvu (dále jen „nasmlouvané výkony mammografického screeningu“) a screeningu karcinomu děložního hrdla (výkon č. 95109).

- a) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky v příslušném pololetí 2008 vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky v příslušném pololetí 2007 (referenční hodnoty), Pojišťovna zdravotnickému zařízení sníží úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky (nad 110 %). Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplšky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Referenční hodnotu oznámí Pojišťovna zdravotnickému zařízení samostatnou přílohou, která bude nedílnou součástí tohoto Dodatku.
- b) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v příslušném pololetí 2008 vyšší než 110 % stanovené referenční hodnoty na jednoho unikátního pojištěnce v příslušném pololetí 2007, Pojišťovna zdravotnickému zařízení sníží úhradu o částku ve výši odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 110 %). Referenční hodnotu oznámí Pojišťovna zdravotnickému zařízení samostatnou přílohou, která bude nedílnou součástí tohoto Dodatku.
- c) Regulační omezení podle bodu 8 písm. a) a b) se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodu 8 písm. a), popřípadě b).
- d) Regulační omezení podle bodu 8 písm. a) a b) se dále nepoužijí, pokud celková úhrada za zdravotnickým zařízením předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v příslušném pololetí 2008 nepřekročí 105 % celkové úhrady v příslušném pololetí 2007 a zdravotnické zařízení v příslušném pololetí 2008 ošetří alespoň 90 % unikátních pojištěnců oproti příslušnému pololetí 2007.
- e) Pokud by na základě výpočtu regulačních omezení podle bodu 8 písm. a), popřípadě b) měla být Pojišťovnou uplatněna regulační srážka u více než 15 % smluvních zdravotnických zařízení, sníží Pojišťovna limity pro uplatnění příslušného regulačního omezení tak, aby počet zdravotnických zařízení s vypočtenými regulačními srážkami nepřekročil hranici 15 % všech smluvních zdravotnických zařízení.
- f) U zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí 2007 došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčiva a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), Pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad v příslušném pololetí 2007 pro tyto účely úměrně upraví.
- 9) Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v příslušném pololetí 2007 nebo v příslušném pololetí 2008 v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle bodů 8 písm. a) a b). Limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců se přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
- 10) Pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 8 písm. a), pokud celková úhrada za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky, včetně léčiv a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, v roce 2008 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na příslušné období vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
- 11) Pojišťovna neuplatní regulaci podle bodu 8 písm. b), pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2008 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na příslušné období vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
- 12) Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 8 písm. a) a b) maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2008.
- 13) Regulační srážky podle bodu 8 písm. a) a b) tohoto článku Dodatku za 1. pololetí 2008 Pojišťovna vypočte a zdravotnickému zařízení je oznámí do 31. 10. 2008. Regulační srážky vypočtené za 2. pololetí 2008 oznámí zdravotnickému zařízení do 30. 4. 2009. Uplatnění odpovídající a předem projednané srážky podle tohoto bodu Dodatku a předchozích bodů Pojišťovna provede do 150 dní po ukončení 2. pololetí 2008.
- 14) Pokud zdravotnické zařízení prokáže, že vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce nemohlo použít jiný způsob léčby nebo předepsat jiný zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, Pojišťovna toto navýšení v regulaci dle bodu 8 písmena a) tohoto článku Dodatku odpovídajícím způsobem zohlední, případně tuto regulaci nepoužije. Dovoluje-li to zdravotní stav pacienta, má zdravotnické zařízení právo se o této skutečnosti s Pojišťovnou dohodnout předem.
- 15) Referenční údaje zdravotnického zařízení, tzn. údaje o průměrných úhradách za provedené výkony, počtu unikátních pojištěnců (rodných čísel) a hodnotu poměrného kapacitního čísla pro období:
- a) 1. pololetí 2008 budou zdravotnickému zařízení sdělena samostatnou přílohou, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku, do 31. 3. 2008,
- b) 2. pololetí 2008 budou zdravotnickému zařízení sdělena samostatnou přílohou, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku, do 30. 9. 2008.
- 16) Pojišťovna se zavazuje uhradit zdravotnickému zařízení uznané náklady hrazené zdravotní péče poskytnuté jejím pojištěncům v roce 2008, vykázané podle tohoto Dodatku tak, že:
- a) za období 1-6/2008 uhradí zdravotnickým zařízením vykázanou a Pojišťovnou uznanou péči ohodnocenou dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. zálohovou hodnotou bodu 1 Kč s tím, že finanční vypořádání zdravotní péče zdravotnickým zařízením vykázané a Pojišťovnou uznané do výše celkové úhrady bude provedeno do 150 dnů po skončení 1. pololetí 2008,
- b) za období 7-12/2008 uhradí zdravotnickým zařízením vykázanou a Pojišťovnou uznanou péči ohodnocenou dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. zálohovou hodnotou bodu 1 Kč s tím, že finanční vypořádání zdravotní péče zdravotnickým zařízením vykázané a Pojišťovnou uznané do výše celkové úhrady bude provedeno do 150 dnů po skončení 2. pololetí 2008.

17) Dávky, které se nevztahují k příslušnému čtvrtletí se zdravotnické zařízení zavazuje zasílat samostatně.

Článek 2

- 1) Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Chorvatsko, Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie), se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnuté zdravotní péče za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., podle Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a 574/72 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 5/2004.
- 2) Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům z členských a smluvních zemí nebude zahrnuta do regulačních omezení.
- 3) Zdravotnické zařízení se zavazuje zasílat vyúčtování za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina zahraničních úhrad, Pobočka ZP MV ČR Praha, U Výstaviště 17, 170 42 Praha 7. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má zdravotnické zařízení 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 zahraničních úhrad pobočky ZP MV ČR Praha. 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 a číslo průkazu.

Článek 3

- 1) Smluvní strany se dohodly na celém obsahu tohoto Dodatku, což stvrzují svými podpisy na tomto Dodatku.
- 2) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 3) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

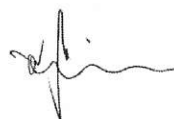
V dne

V Ostravě dne 12.02.2008

SOCIÁLNÍ SLUŽBY
města Havířova
středisko sociálních a zdravotnických
zařízení, č.tel.: 596 477 300
Mělnická 1102/1f, Havířov-Město

podpis a razítko zdravotnického zařízení

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA VNITRA ČR
pobočka OSTRAVA
Hlávkova 2
702 00 Ostrava 17



Ing. Milan ŠINDLER
Ředitel pobočky ZP MV ČR Ostrava

**JEDEN PODEPSANÝ VÝTIISK DODATKU KE SMLOUVĚ, PROSÍM, VRAŤTE OBRATEM ZPĚT
NA ADRESU POBOČKY ZP MV ČR UVEDENÉ V ZÁHLAVÍ DODATKU**