

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



**zastoupená: Ing. Václavem TOŘEM
ředitelem pobočky ZP MV ČR Ostrava
se sídlem: Hlávková 2
702 00 Ostrava - Přívoz**

**Sociální služby města Havířov
Ing. ČERNÝ Milan - ředitel
Přemyslova 1618/12
736 01 Havířov 1**

(dále jen "Pojišťovna")

a

Zdravotnické zařízení

**Sociální 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")

Dodatek č. 1/2009 ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění č. 8AS__00531 na rok 2009

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 6 a přílohy č. 3 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009 dohodly, že zdravotní péče poskytovaná zdravotnickým zařízením v roce 2009, 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) Výše úhrady zdravotnického zařízení se stanoví podle 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.“) úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, kdy hodnota bodu činí:
 - a) 0,71 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,
 - b) 1 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení a ostatní výkony smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti takto:

PBro x POPho / POPro

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za referenční období. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.

POPho počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2009. Unikátním pojištěncem Pojišťovny se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec Pojišťovny zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny, ošetřených v dané odbornosti, pouze jedenkrát.

POPPro

počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období.

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodů za výkony zdravotnickým zařízením vykázané a Pojišťovnou uznané za referenční období, se hradí podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.

- 2) U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může Pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.
- 3) U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrného počtu bodů, na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny, se objem počtu bodů, podle odstavce 1 navýší o počet bodů, který odpovídá zdravotnickým zařízením vykázaným a Pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
- 4) Snížená hodnota bodu podle ustanovení odstavce 1 se nepoužije:
 - a) v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo 100 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny 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.V případech uvedených v písm. a) a b) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1 Kč.
- 5) Pojišťovna bude vůči zdravotnickému zařízení uplatňovat následující regulační mechanismy:
 - a) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění) a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění) a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, Pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2009, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 110 %).
 - b) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2009, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 105 %). Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění.
 - c) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny 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. v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny v referenčním období, Pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2009, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 110 %). Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mammografického screeningu (výkony č. 89221 a 89813 vykázané v souvislosti s diagnózou Z12.3 dle MKN) prováděné zdravotnickým zařízením akreditovaným pro provádění mammografického screeningu, které má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu Smlouvu (dále jen „nasmlouvané výkony mammografického screeningu“) a výkony screeningu karcinomu děložního hrdla - výkon č. 95109 (prováděné zdravotnickým zařízením, které má s Pojišťovnou na poskytování tohoto zdravotního výkonu 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 Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. platné k 1. 1. 2009 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.
- 6) Regulační omezení podle odst. 5 písm. a) až c) se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odstavce 5 písm. a), b), popřípadě c).
- 7) Regulační omezení podle odst. 5 písm. a) se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2009 nepřevyší 106 % úhrad Pojišťovny na tento druh zdravotní péče v roce 2008.
- 8) Regulační omezení podle odst. 5 písm. b) se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2009 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.

- 9) U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.), Pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v referenční období pro tyto účely úměrně upraví.
- 10) U zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu s Pojišťovnou, může Pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 5 písm. a) až c) referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
- 11) Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 5 písm. a) až c). V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
- 12) Regulační omezení podle odst. 5 písm. c) se nepoužijí, pokud celková úhrada 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. v roce 2009 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2009 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
- 13) Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 5 písm. a) až c) 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 2009.
- 14) Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15.000 Kč, schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.
- 15) Referenční údaje zdravotnického zařízení podle odstavce 5 písm. a) až c), celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů dle jednotlivých odborností, počet unikátních pojištěnců Pojišťovny (rodných čísel) ošetřených zdravotnickým zařízením dle jednotlivých odborností a hodnotu poměrného kapacitního čísla pro období:
 - a) 1. pololetí 2009 budou zdravotnickému zařízení sdělena samostatnou přílohou, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku, do 31. 5. 2009,
 - b) 2. pololetí 2009 budou zdravotnickému zařízení sdělena samostatnou přílohou, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku, do 31. 10. 2009.
- 16) Regulační srážky podle odstavce 5 písm. a) až c) tohoto článku Dodatku za 1. pololetí 2009 Pojišťovna vypočte a zdravotnickému zařízení je oznámí do 30. 9. 2009. Regulační srážky vypočtené za 2. pololetí 2009 oznámí zdravotnickému zařízení do 31. 3. 2010. Uplatnění odpovídající a projednané srážky podle tohoto a předchozích ustanovení Pojišťovna provede do 120 dnů po ukončení 1., resp. 2. pololetí 2009.
- 17) Pojišťovna se zavazuje uhradit zdravotnickému zařízení uznané náklady hrazené zdravotní péče poskytnuté jejím pojištěncům v roce 2009, vykázané podle tohoto Dodatku tak, že:
 - a) za období 1-6/2009 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 podle odstavce 1, 2 a 3 bude provedeno do 120 dnů po skončení 1. pololetí 2009,
 - b) za období 7-12/2009 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 podle odstavce 1, 2, a 3 bude provedeno do 120 dnů po skončení 2. pololetí 2009.
- 18) 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 Havířově dne 10.3.2009

V Ostravě dne 17.02.2009

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

SOCIÁLNÍ SLUŽBY
města Havířova ①
středisko sociálních a zdravotnických
zařízení, č.tel.: 596 477 300
Moskevská 1103/1f, Havířov-Město

_____ 
podpis a razítko zdravotnického zařízení


Ing. Václav TOŘ
Ředitel pobočky ZP MV ČR Ostrava

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