

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. Václavem TOŘEM  
ředitelem pobočky ZP MV ČR Ostrava  
se sídlem: Hlávkova 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: 87193000  
Interní označení zdravotnického zařízení: 6033758306

(dále jen "Zdravotnické zařízení")

<b>SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA HAVÍŘOVA</b>		Č. dop.
Došlo dne:	09 -02- 2009	Zpracoval
Č. j.:	PS/114/09	Spis. znak
Příl.:		

### Dodatek č. 1/2009 ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění č. 8HOCA00028 na rok 2009

Shora označené smluvní strany se v souladu s Vyhláškou 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

- Zdravotní péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními v odbornosti 902 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.“) bude v roce 2009 hrazena výkonově dle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v hodnotě jednoho bodu 0,80 Kč.
- Výkony dopravy v návštěvní službě budou hrazeny podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. s hodnotou bodu ve výši 0,91 Kč. Na výkony dopravy se nevztahuje ustanovení odstavce 3 tohoto článku.
- Pro zdravotní péči poskytnutou zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem, popřípadě upravený podle odstavce 4, hrazenou podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., se stanoví hodnota bodu ve výši 0,50 Kč. Tento objem se vypočte takto:

#### PBro x (POPho / POPro)

kde:

- PBro** celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za referenční období, přepočtených podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. platné k 1. 1. 2009. Referenčním obdobím se rozumí příslušné pololetí 2008.
- POPho** celkový počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí příslušné pololetí 2009.
- POPro** celkový počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených zdravotnickým zařízením v referenčním období

- 4) 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 v rámci Přílohy č. 2, včetně vyčíslení navýšení (krácení) objemu úhrad formou přílohy k tomuto Dodatku.
- 5) Ustanovení odstavce 3 se nepoužije, pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním období 50 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny.
- 6) Pokud průměrný počet bodů zdravotnickým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za hodnocené období dosáhne alespoň 98 % průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za referenční období a současně průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny v hodnoceném období, poskytnutá zdravotnickému zařízení Pojišťovnou, je nižší než 103 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny v referenčním období, Pojišťovna v rámci finančního vypořádání zdravotnickému zařízení navýší průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny na 103 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny v referenčním období.
- 7) Pokud průměrný počet bodů zdravotnickým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za hodnocené období nedosáhne alespoň 98 % průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za referenční období, Pojišťovna v rámci finančního vypořádání zdravotnickému zařízení sníží průměrnou úhradu na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny o stejný počet procentních bodů, o který nebylo dosaženo 98 % hodnoty uvedené ve větě první.
- 8) Pro výpočet průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny podle odstavců 6 a 7 se pro hodnocené i referenční období použije Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb. platná k 1. 1. 2009.
- 9) 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 dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ohodnocenou zálohovou hodnotou bodu 0,80 Kč s tím, že finanční vypořádání zdravotní péče zdravotnickým zařízením vykázané a Pojišťovnou uznané dle odstavce 3, 4, 6, 7 a 8 bude provedeno do 120 dnů po skončení 1. pololetí 2009,
  - b) za období 7-12/2009 uhradí zdravotnickým zařízením vykázanou a Pojišťovnou uznanou péči dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ohodnocenou zálohovou hodnotou bodu 0,80 Kč s tím, že finanční vypořádání zdravotní péče zdravotnickým zařízením vykázané a Pojišťovnou uznané dle odstavce 3, 4, 6, 7 a 8 bude provedeno do 120 dnů po skončení 2. pololetí 2009.
- 10) 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.