

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra  
České republiky, IČ: 47114304  
se sídlem v Praze 10, 101 00, Kodaňská 1441/46  
Kód pojišťovny: 211  
(Obchodní rejstřík: Městský soud Praha A/7216)

(dále jen "Pojišťovna")

a

**Zdravotnické zařízení**

(dále jen "zdravotnické zařízení")

### **Dodatek NÁSLED/2012 ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění č. 9OLU\_00001 na rok 2012**

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 4 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 425/2011 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 2012, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 425/2011 Sb.“), dohodly, že zdravotní péče poskytovaná zdravotnickým zařízením v roce 2012 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 v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005 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.“), je v roce 2012 hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace.
- 2) Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne, včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.
- 3) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace se stanoví ve výši 103 % paušální sazby za ošetrovací den náležející zdravotnickému zařízení v roce 2010.
- 4) Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace pro každou kategorii pacienta a příslušný typ ošetrovacího dne pro rok 2012 je uvedena v Příloze č. 1 k Dodatku.
- 5) Pro ambulantní zdravotní péči hrazenou podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.
- 6) Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2010 (např. změna kapacity zdravotnického zařízení, změna počtu ošetřených pojištěnců) 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.
- 7) Pojišťovna bude vůči zdravotnickému zařízení uplatňovat následující regulační mechanismy:

- a) Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením pojištěncům Pojišťovny v roce 2012, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převyší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v roce 2010, s výjimkou léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, může Pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Pojišťovna zohlední případy, kdy zdravotnické zařízení prokáže, že zvýšená celková úhrada za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců Pojišťovny.
  - b) V případě, že zdravotnické zařízení poskytlo v roce 2012 zdravotní péči 50 a méně pojištěncům Pojišťovny, Pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v písm. a).
- 8) Finanční vypořádání regulačních mechanismů dle odst. 7) provede Pojišťovna do 180 dnů po skončení roku 2012.
  - 9) Dávky, které se vztahují k různým čtvrtletím, se zdravotnické zařízení zavazuje zasílat samostatnou fakturou.

## 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 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., podle Nařízení Evropského parlamentu a Rady ES č. 883/2004 a č. 987/2009, Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a č. 574/72 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ č. 3/2011.
- 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 mezistátních úhrad, Pobočka ZP MV ČR Praha, Kodaňská 1441/46, 101 00 Praha 10. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékařům 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 mezistátních 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, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

## Článek 3

- 1) Smluvní strany se dohodly na celém obsahu tohoto Dodatku, což stvrzují svými podpisy na tomto Dodatku.
- 2) Dodatek včetně Přílohy č. 1 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.