

**D o d a t e k č.**  
ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče číslo:  
**(akutní ústavní péče - jiný způsob úhrady – globální paušál)**

uzavřený mezi:

zdravotnickým zařízením

se sídlem .

jehož jménem jedná

IČO: IČZ:

(dále jen „Zdravotnické zařízení“)

a

**Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky**

se sídlem Drahobejlova 1404/4, 190 03 Praha 9

jejímž jménem jedná ředitel pobočky VoZP ČR v

IČO: 47114975

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7564

(dále jen „Pojišťovna“)

Smluvní strany se v souladu s vyhláškou č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012 (dále jen „Vyhláška“), 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 I.**

- 1) Zdravotní péči poskytnutou Zdravotnickým zařízením v roce 2012 Pojišťovna uhradí paušální sazbou ve výši 100 % úhrady za zdravotní péči poskytnutou v roce 2010, který je referenčním obdobím.
- 2) Do paušální úhrady se nezahrnuje zdravotní péče poskytnutá zahraničním pojištěncům.
- 3) Pokud objem vykázané a uznané zdravotní péče, vyjádřený počtem bodů, bude v roce 2012 menší než 95 procentních bodů za zdravotní výkony, vykázané a uznané v referenčním období, výše paušální sazby se sníží o stejný počet procentních bodů, o jaký nebylo dosaženo 95 procentních bodů vykázaných a uznaných v referenčním období. Zdravotní výkony, vykázané v referenčním období se přepočtou podle seznamu výkonů platného k 1. 1. 2012.

Počet přepočtených bodů, vykázaných v referenčním období je

- 4) Pojišťovna poskytne Zdravotnickému zařízení měsíční předběžnou úhradu ve výši 1/12 z 100 % úhrady za zdravotní péči poskytnutou v referenčním období.

Výše měsíční předběžné úhrady pro rok 2012 činí

- 5) V případě, že ve Zdravotnickém zařízení dojde ke změně věcného, technického nebo personálního zajištění sjednaného rozsahu poskytované zdravotní péče, je Pojišťovna oprávněna upravit způsobem odpovídajícím této změně výši sjednané předběžné úhrady a následně její celkové finanční vypořádání.
- 6) V případě, že Zdravotnické zařízení poskytne v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům Pojišťovny, pak se tato zdravotní péče hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.
- 7) Vyúčtování úhrady zdravotní péče s uplatněním regulačních mechanismů podle části C) bodu 2 přílohy č. 1 Vyhlášky bude provedeno do 180 dnů po ukončení hodnoceného období. Unikátním pojištěncem pro účely této regulace se rozumí jeden pojištěnec pojišťovny ošetřený Zdravotnickým zařízením v referenčním nebo hodnoceném období alespoň jednou, a to bez ohledu na odbornosti. Pokud byl tento pojištěnec ošetřen v referenčním nebo hodnoceném období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců pouze jednou. Pokud Zdravotnické zařízení neuplatní vůči zaslanému vyúčtování do 30 dnů námitky, Pojišťovna provede finanční vypořádání při úhradě faktury následující po uplynutí této lhůty. V případě uplatnění námitek ze strany Zdravotnického zařízení v určené lhůtě bude vyúčtování roku 2012 provedeno po jejich projednání.
- 8) Do referenčního období je zahrnuta veškerá zdravotní péče, poskytnutá v roce 2010, Zdravotnickým zařízením vykázaná do 31. května 2011 a pojišťovnou uznaná do 31. září 2011.  
Do vyúčtování bude zahrnuta veškerá zdravotní péče poskytnutá v roce 2012, Zdravotnickým zařízením vykázaná do 31. března 2013 a pojišťovnou uznaná do 31. května 2013.
- 9) Pokud dojde ve Zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a Pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je smluvně, a to včetně vyčíslení navýšení (krácení) objemu úhrad.
- 10) Úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období činila

## **Článek II.**

- 1) Zdravotní péči, poskytnutou zahraničním pojištěncům, vykazuje Zdravotnické zařízení samostatnou fakturou, doloženou dárkami dokladů.
- 2) Zdravotnickým zařízením vykázaná a Pojišťovnou uznaná zdravotní péče, poskytnutá zahraničním pojištěncům, bude hrazena podle seznamu výkonů s hodnotou bodu 0,90 Kč.
- 3) Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v příslušném ustanovení Vyhlášky.
- 4) Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům z členských a smluvních zemí nebude zahrnuta do regulačních omezení.

## **Článek III.**

- 1) Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
- 2) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu osob oprávněných jednat jménem smluvních stran a účinností dnem 1. 1. 2012.

- 3) Tento Dodatek se uzavírá na dobu určitou do 31. 12. 2012, nejdéle však na dobu účinnosti Smlouvy, pokud tato skončí před uvedeným datem.
- 4) Tento Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jeden.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle.

V

V ..... dne .....

..  
razítko a podpis  
ředitele pobočky Pojišťovny

.....  
razítko a podpis  
statutárního zástupce Zdravotnického zařízení