

## Věstník MZd ČR, částka 6/2004

## ZÁVAZNÁ OPATŘENÍ

2.

VÝSLEDKY DOHODOVACÍHO ŘÍZENÍ  
O HODNOTÁCH BODU A VÝŠI ÚHRAD ZDRAVOTNÍ PÉČE HRAZENÉ Z VEŘEJNÉHO  
ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PRO 2. POLOLETÍ 2004 MEZI ZÁSTUPCI VŠEOBECNÉ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY ČR, OSTATNÍCH ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN  
A PŘÍSLUŠNÝCH PROFESNÍCH SDRUŽENÍ POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Ministerstvo zdravotnictví podle §17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 459/2000 Sb. vyhlašuje výsledek dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Při posuzování výsledku dohodovacího řízení Ministerstvo zdravotnictví postupovalo v souladu s §17 odst. 8 a 9 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění zákona č. 459/2000 Sb.

## Čl. 1

Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři

Zdravotní péče poskytovaná zubními lékaři bude v 2. pololetí 2004 hrazena podle smluvních ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle níže uvedených sazeb:

kód	Název položky	úhrada
<b>00901</b>	<b>Vyšetření a ošetření registrovaného pacienta</b>	<b>320 Kč</b>
00902	Opakované vyšetření a ošetření v rámci prevent. péče	250 Kč
<b>00903</b>	<b>Vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou</b>	<b>190 Kč</b>
00904	Kolektivní systematická péče o chrup dětí a dorostu	42 Kč
00905	Kolektivní profylaxe v rámci systematické péče o chrup dětí a dorostu	5 Kč
00906	Stomatologické ošetření registrovaného pacienta do 6 let nebo hendikepovaného pacienta	70 Kč
00907	Stomatologické ošetření registrovaného pacienta od 6 let do 15 let	50 Kč
<b>00908</b>	<b>Akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pacienta jako odbornost 019</b>	<b>150 Kč</b>
00909	Klinické stomatologické vyšetření	230 Kč
00910	RTG vyšetření intraorální	60 Kč
00911	Zhotovení extraorálního RTG snímku	121 Kč

00912	Náplň slinné žlázy kontrastní látkou	553 Kč
00913	Zhotovení ortopantomogramu	199 Kč
<b>00914</b>	<b>Vyhodnocení ortopantomogramu</b>	<b>40 Kč</b>
00915	Zhotovení telerentgenového snímku lbi	211 Kč
00916	Anestezie na foramen mandibulae a infraorbitale	50 Kč
00917	Anestezie infiltrační	40 Kč
00918	Stomatologické ošetření lékařem s Osvědčením ČSK	20 Kč
00920	Ošetření zubního kazu - stálý zub - fotokompozitní výplň	300 Kč
00921	Ošetření zubního kazu - stálý zub	137 Kč
00922	Ošetření zubního kazu - dočasný zub	120 Kč
00923	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu - stálý zub	172 Kč
00924	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu - dočasný zub	168 Kč
00925	Konzervativní léčba komplikací zubního kazu II- stálý zub	252 Kč
00931	Konzervativní léčba chronických onemocnění parodontu	500 Kč
00932	Udržovací léčba chronických onemocnění parodontu	231 Kč
00933	Chirurgická léčba onemocnění parodontu malého rozsahu	400 Kč
00934	Chirurgická léčba onemocnění parodontu velkého rozsahu	800 Kč
00935	Kyretáž na zub	80 Kč
00936	Odebrání a zajištění přenosu transplantátu	500 Kč
00937	Artikulace chrupu	412 Kč
00938	Přechodné dlahy ke stabilizaci zubů s oslabeným parodontem	42 Kč
00940	Komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní dutiny	500 Kč
00941	Kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice	200 Kč
00943	Měření galvanických proudů	84 Kč
00949	Extrakce dočasného zubu	83 Kč

<b>00950</b>	<b>Extrakce stálého zubu</b>	<b>150 Kč</b>
00951	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	500 Kč
00952	Chirurgie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu	900 Kč
00953	Chirurgické ošetřování retence zubů	500 Kč
00954	Konzervačně-chirurgická léčba komplikací zubního kazu	400 Kč
00955	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní malého rozsahu	400 Kč
00956	Chirurgie měkkých tkání dutiny ústní velkého rozsahu	700 Kč
00957	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní malého rozsahu	400 Kč
00958	Traumatologie tvrdých tkání dutiny ústní velkého rozsahu	500 Kč
00959	Intraorální incize	100 Kč
00960	Zevní incize	500 Kč
00961	Ošetření komplikací chirurgických výkonů v dutině ústní	43 Kč
00962	Konzervativní léčba onemocnění temporomandibulárního kloubu	109 Kč
00963	Injekce i. m., i. d., s. c.	50 Kč
00965	Čas stomatologa strávený dopravou za imobilním pacientem	200 Kč
00970	Sejmutí fixní náhrady - za každou pilířovou konstrukci	50 Kč
00971	Provizorní ochranná korunka v ordinaci	66 Kč
00972	Oprava fixní náhrady v ordinaci	69 Kč
00973	Oprava nebo úprava snímatelné náhrady v ordinaci	37 Kč
00974	Odevzdání stomatologického výrobku	0 Kč
00975	Ochranný můstek zhotovený razidlovou metodou	578 Kč
00981	Diagnostika ortodontických anomálií	500 Kč
00982	Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodont. aparátem na jeden zubní oblouk	1 200 Kč
00983	Kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	700 Kč

00984	Kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu	200 Kč
00985	Ukončení léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu	585 Kč
00986	Ukončení léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu	331 Kč
<b>00987</b>	<b>Stanovení fáze růstu</b>	<b>50 Kč</b>
00988	Analýza telorentgenového snímku lbi	110 Kč
00989	Analýza ortodontických modelů	300 Kč
00990	Diagnostická přestavba ortodontického modelu	450 Kč
00991	Nasazení prefabrikovaného intraorálního oblouku	165 Kč
00992	Nasazení extraorálního tahu nebo obličejové masky	200 Kč
00993	Navázání parciálního oblouku	200 Kč

\*Kód 00918 lze vykázat pouze s kódy 00912, 00914, 00920, 00921, 00922, 00924, 00932, 00938, 00949, 00950, 00951, 00954, 00955, 00957, 00959, 00962 a to držitelem Osvědčení ČSK

Omezení odbornosti: 014

Omezení frekvencí: bez omezení

Dohodnuté výše úhrad jsou minimální, mohou být navyšovány po jednání mezi zástupci poskytovatelů a jednotlivými zdravotními pojišťovnami, nejvýše však do výše stanovené zdravotně pojistnými plány jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Pokud dojde k zásadní změně podmínek úhrady stomatologické péče, bude svoláno mimořádné jednání na podnět některé ze smluvních stran.

## Čl. 2

Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních

(1) Specializovaná ambulantní zdravotní péče poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních bude hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony (vč. ZUM a ZULP), kdy hodnota bodu se stanoví ve výši minimálně 1,04 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den a s omezením maximální úhradou v návaznosti na počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v hodnoceném pololetí daným zdravotnickým zařízením v dané odbornosti. Referenčním obdobím je druhé pololetí 2003. Časová regulace dle §41 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších

předpisů, bude stanovována čtvrtletně a vypořádána za obě čtvrtletí současně, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

Omezení maximální výší úhrady se nepoužije u zdravotnických zařízení (která mají úvazek resp. PKČ lékaře nebo JVŠ alespoň 0,5) smluvní odbornosti 901 - klinická psychologie, 903 - klinická logopedie, 927 - ortoptická sestra, a dále u zdravotnických zařízení jiných smluvních odborností než 901 vykazujících výkony autorské odbornosti 910 - psychoterapie uvedených v [příloze č. 1](#). Pokud další zdravotnické zařízení jako poskytovatel převážně psychoterapeutické péče prokáže, že splňuje kriteria pro zařazení do seznamu v [příloze č. 1](#) (alespoň 50 % vykázaných a uznaných bodů příslušné zdravotní pojišťovny v posledním celém kalendářním roce vykazovalo prostřednictvím výkonů odbornosti 910 - psychoterapie, má úvazek lékaře nasmlouvaný alespoň ve výši 1,00 a psychoterapeutickou kvalifikaci doloží osvědčením IPVZ), zdravotní pojišťovny jsou oprávněny po uzavření příslušné smlouvy hradit takto dohodnutým způsobem péči i tomuto novému poskytovateli.

(2) Maximální úhrada pro zdravotnické zařízení se určí po ukončení hodnoceného pololetí jako součet maximálních úhrad pro dané zdravotnické zařízení za všechny odbornosti nasmlouvané tímto zdravotnickým zařízením s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Maximální úhrada za odbornost se určí takto:

$$MUo = POPzpo \times (PBPROo \times CB \times Izr + PUZUMROo \times Izc + PUZULPROo \times Izc)$$

kde:

**MUo** - maximální úhrada za příslušnou odbornost

**POPzpo** - počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v hodnoceném pololetí

**PBPROo** - průměrný počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti daným zdravotnickým zařízením v referenčním období

**CB** - cena bodu v hodnoceném období /viz bod (1) - tj.1,04 Kč/

**Izr** - index dopadu změn minutové režijní sazby na ceny

Hodnota tohoto indexu pro období II. pololetí 2004 činí 1,000

**PUZUMROo** - průměrná úhrada za zvlášť účtovaný materiál na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

**PUZULPROo** - průměrná úhrada za účtovaná léčiva na jednoho unikátního pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané odbornosti v daném zdravotnickém zařízení v referenčním období

**Izc** - index meziročních změn cen

Hodnota tohoto indexu byla pro období II. pololetí 2004 dohodnuta ve výši 1,02.

Vypočtená celková maximální úhrada se porovnává s celkovou hodnotou provedených výkonů vč. ZUM a ZULP za celé zdravotnické zařízení, a to při ceně bodu stanovené v bodu (1).

Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený daným 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 daným zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát.

Údaje o průměrných počtech bodů a průměrných úhradách za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtovaných léčivech na jednoho unikátního pojištěnce podle odborností dosažené zdravotnickým zařízením v referenčních obdobích a počty unikátních pojištěnců ošetřených v daných odbornostech v referenčních obdobích oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do 31.07.2004.

U zdravotnických zařízeních, kde oproti referenčním obdobím dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) v některé odbornosti k nárůstu průměrné hodnoty počtu bodů na 1 unikátního pojištěnce, resp. kde dojde k odůvodněnému nárůstu průměrné hodnoty vykázaného ZUM a ZULP na 1 unikátního pojištěnce v dané odbornosti, zdravotní pojišťovny tuto změnu pro danou odbornost ve výši maximální úhrady zohlední.

V případě, že v ambulantním zdravotnickém zařízení byl v referenčním nebo hodnoceném období ošetřen v některé odbornosti statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny resp. že v referenčním období zdravotnické zařízení zdravotní péči v některé odbornosti péči neposkytovalo, se omezení maximální výši úhrady na tyto odbornosti nepoužije. Za statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se pro tyto účely považuje méně než 100 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v referenčním nebo hodnoceném pololetí v rámci jedné odbornosti, při nasmlouvaném úvazku lékaře resp. hodnotě poměrného kapacitního čísla (dále jen „PKČ“) větší nebo rovno 1,00. Při nasmlouvaném úvazku lékaře menším než 1,00 resp. pokud je nasmlouvaná hodnota PKČ nižší než 1,00, se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočte příslušnou hodnotou úvazku, resp. PKČ nižší než 1,00.

(3) Zdravotní pojišťovny se mohou se smluvním zdravotnickým zařízením dohodnout pro příslušné pololetí na předběžné úhradě, a to v minimální výši 100 % objemu úhrady v referenčním období.

#### (4) Regulační opatření:

1. Limit času nositele výkonů 12 hodin na kalendářní den.

2. Regulace úhrad za předepsaná léčiva a zdravotnické prostředky (dále jen „ZP“) a za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801 - 805, 807, 809, 812-822 (dále jen „vyjmenované odbornosti“). Zdravotní péče autorské odbornosti 823 je obsažena ve smluvní odbornosti 807.

2.1 Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrad na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a ZP (vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři) a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období o více než 20 % vyšší než průměr tohoto zdravotnického zařízení dosažený v referenčním období, může zdravotní pojišťovna uplatnit srážku ve výši odpovídající 25 % zvýšených výdajů za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči v uvedených odbornostech (nad 120 %), a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2.2 Pokud zdravotnickým zařízením dosažené průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsaná léčiva a ZP (vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři) a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období převýší o více než 10 % celostátní průměr na jednoho unikátního pojištěnce u lékařů dané odbornosti, se zohledněním věkových skupin v příslušném kalendářním období a zároveň převýší o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za předepsané léčivé přípravky a ZP nebo za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech), může zdravotní pojišťovna uplatnit vůči zdravotnickému zařízení regulační srážku ve výši 25 % z příslušného překročení, a to způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny.

2.3 Zdravotní pojišťovna může vůči zdravotnickému zařízení uplatnit regulaci úhrad za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči buď podle bodu [2.1](#) nebo podle bodu [2.2](#), a to tu, která představuje pro zdravotnické zařízení menší regulační srážku.

2.4 Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky se výkony vyžádané péče jak v referenčním tak i v hodnoceném období ocení v odbornosti 809 hodnotou bodu 1,04 Kč a v ostatních odbornostech hodnotou bodu 0,86 Kč.

2.5 U zdravotnických zařízeních, kde oproti referenčním obdobím došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu zdravotnických služeb (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčiva a ZP a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), zdravotní pojišťovny po dohodě se zdravotnickým zařízením hodnoty průměrných úhrad dosažených daným zdravotnickým zařízením v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví.

2.6 U zdravotnických zařízeních, která v referenčním období neexistovala, se regulace úhrad za předepsaná léčiva, ZP a vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech neuplatňuje.

3. Údaje o průměrných hodnotách úhrad za předepsaná léčiva a ZP - vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech vztažených na jednoho unikátního pojištěnce dosažených zdravotnickým zařízením v referenčním období a údaje o počtech unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období oznámí zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením nejpozději do konce prvního měsíce hodnoceného pololetí.

4. Údaje o celostátních průměrných úhradách vztažených na jednoho unikátního pojištěnce oznámí zdravotní pojišťovny zástupcům poskytovatelů zdravotní péče účastnících se dohodovacího řízení do 120 dnů po skončení příslušného pololetí pokud má zdravotní pojišťovna k dispozici statisticky dostatečný počet případů. V případě nedodržení lhůty 120 dnů zdravotní pojišťovna regulaci dle bodu [2.2](#) neuplatní. Pokud zdravotní pojišťovna nemá k dispozici statisticky dostatečný počet případů, bude daná věková skupina v dané odbornosti z výpočtu regulace dle bodu [2.2](#)

vyloučena.

5. Při posuzování nezbytnosti překročení průměrných úhrad dle výše uvedených regulačních opatření bude z důvodů zajištění efektivního poskytování zdravotní péče přihlédnuto zejména k důsledkům případného zvýšení cen léků, změn preskripce doporučenými odbornými společnostmi a změn ve struktuře ošetřených pacientů ve vazbě na různé diagnózy a k účelnosti a hospodárnosti preskripce.

6. Zdravotní pojišťovna může regulační srážku za předepsaná léčiva a ZP a za vyžádanou péči uplatnit maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady dané pojišťovny danému zařízení za zdravotní výkony za dané období.

7. Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období v příslušné odbornosti statisticky nevýznamný počet unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, tato zdravotní pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace dle [bodu 2.](#) Definice statisticky nevýznamného počtu pojištěnců je obsažena v ustanovení odst. (2).

8. Zdravotní pojišťovny nebudou uplatňovat regulaci podle [bodu 2.](#), pokud celkové úhrady za předepsaná léčiva a ZP - vyjma léků a ZP schválených revizními lékaři a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na dané období vycházející ze zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.

(5) Jiný způsob úhrady a regulace je možný pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení na takovémto způsobu úhrady a regulace dohodnou a tento způsob nebude v rozporu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovna je však vždy povinna jako jednu z variant předložit smluvnímu zařízení způsob úhrady a regulace dohodnutý v dohodovacím řízení.

#### Příloha č. 1

Seznam ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících převážně  
psychoterapeutickou péči (bez odbornosti 901)

IČZ	IČ	Odbornost	Název zdravotnického zařízení	Sídlo
01225000	49626337	305, 306	Pedopsychiatr. a psychiatr. amb. MUDr. Růžičková	Praha 1
01255000	48536482	305	Střed. psychoter.služeb Břehová s.r.o.	Praha 1
02216000	60436514	305	Psychiatrická ordinace MUDr. Singer	Praha 2
03162000	60437715	305, 306	Odborný lékař psychiatr MUDr. Kopřivová	Praha 3
03220000	62935356	305	Psychiatrická ordinace MUDr. Vimr	Praha 3



04114000	48549151	305	Denní psychoterapeutické sanatorium	Praha 4
04415000	48585386	305, 308	ESET - psychoter. a psychosom. klin. s.r.o.	Praha 4
05374000	63110113	305, 306	Psychiatrie, dětská psychiatrie MUDr. Vrbová	Praha 5
06100000	49371461	305, 306	Odb. amb. pro psychosom. med. a psychiatrii MUDr. Macek	Praha 6
06229000	49628038	305	Psychiatr psychoterapeut MUDr. Kodišová	Praha 6
08140000	45701822	305	FOKUS Praha	Praha 8
09375000	69775079	305	Psychiatrie a psychoan. psychoterapie MUDr. Dejdar	Praha 9
10096000	48137995	305	Psychiatrie MUDr. Tůma	Praha 10
10415000	60163577	305	Soukromá psychiatr. ord. MUDr. Jelínková	Praha 10
42232000	41197518	305	Ord. psych. a sanatorium MUDr. Kalina	Karlovy Vary
54429000	46739467	305, 309	MUDr. Chvála	Liberec
60071000	15060951	305	MUDr. Radosová - psychiatr. amb.	Havl. Brod
61220000	49332171	305	MUDr. Pavlová Helena	Hradec Král.
69034004	00195201	305	Sdružení O a L - RIAPS	Trutnov
72218000	48510408	305	MUDr. Berka Jiří	Brno
72857000	65268300	305	MUDr. Lemanová Hana	Brno
72996229	62160168	305	MUDr. Klimpl Petr, CSc.	Brno
91894000	65477219	305	Psychiatrická ambulance MUDr. Krabec	Mor. Ostrava
20580000	68403968	305, 309	MUDr. Křížková Dagmar	Benešov
04794000	69068194	305	MUDr. Lukuvka Marek	Praha 4
24311000	15060055	305	MUDr. Doležal Igor	Kutná Hora

## Čl. 3

Hemodialyzační péče poskytovaná ambulantními zdravotnickými zařízeními

(1) Tato zdravotní péče bude hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a ambulantním zdravotnickým zařízením podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony (vč. ZUM a ZULP), kdy hodnota bodu je stanovena ve výši minimálně 1,02 Kč do limitu času nositele výkonu 12 hodin na kalendářní den, a to níže uvedeným zdravotnickým zařízením:

## Seznam ambulantních zdravotnických zařízení hemodialyzační péče

č.	IČO	IČZ	Název zdravotnického zařízení	Sídlo
1.	60722827	72691000	INNEF, Centrum Mendelovy nadace	Brno
2.	47785225	5515700	Renart	Litoměřice
3.	45790949	41165000	FMC-DS	Mariánské Lázně
4.	49814605	65370000	KOLF	Pardubice
5.	61856827	44463000	EuroCare	Plzeň
6.	45790949	04156000	FMC-DS	Praha 4
7.	41695003	08305000	Parallel 50	Praha 8
8.	62061127	66205001	Dialcorp	Rychnov nad Kněžnou
9.	60721901	81601000	AUSTERLITZ MEDICAL	Slavkov
10.	45790949	48048000	FMC-DS	Sokolov
11.	61975567	93301000	Dr. Schlemmer	Šumperk
12.	61856827	58166000	EuroCare	Teplice
13.	61856827	70022000	EuroCare	Ústí nad Orlicí
14.	45790949	65385000	FMC-DS	Pardubice
15.	61856827	86222000	EuroCare	Třinec - Podlesí
16.	61856827	91978000	EuroCare	Ostrava - Vítkovice
17.	47452196	68042000	INMED	Svitavy

Pokud bude výběrovým řízením doporučeno uzavření smlouvy s dalším zdravotnickým zařízením jako s poskytovatelem hemodialyzační péče poskytované ambulantním zdravotnickým zařízením, jsou zdravotní pojišťovny oprávněny po uzavření příslušné smlouvy hradit takto dohodnutým způsobem péči i tomuto novému poskytovateli.

Referenčním obdobím je druhé pololetí 2003. Časová regulace dle [§41](#) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, bude stanovována čtvrtletně a vypořádána za obě čtvrtletí současně, a to nejpozději do 120 dnů po ukončení hodnoceného období.

(2) Úhrada režijních nákladů zdravotních výkonů č. 18521, 18522, 18530, 18550, 18560, 18570,

18580 a 18590 je stanovena ve výši minimálně 4,00 body/minutu výkonu.

(3) Zdravotní pojišťovny se mohou se smluvním zdravotnickým zařízením dohodnout pro příslušné čtvrtletí na předběžné úhradě, a to v minimální výši 100 % objemu úhrady v referenčním období.

(4) Regulační opatření jsou shodná jako u ostatních ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících ambulantní specializovanou péči (viz ustanovení bodu (4) předchozího článku).

(5) Jiný způsob úhrady a regulace je možný pokud se zdravotní pojišťovna a zdravotnické zařízení na takovémto způsobu úhrady a regulace dohodnou a tento způsob nebude v rozporu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovna je však vždy povinna jako jednu z variant předložit smluvnímu zařízení způsob úhrady a regulace dohodnutý v dohodovacím řízení.

#### Čl. 4

##### Lázeňská péče

Cena lázeňské péče se pro 2. pololetí 2004 určuje smluvním ujednáním jednotlivých poskytovatelů lázeňské zdravotní péče s jednotlivými zdravotními pojišťovnami na základě zásad dohodnutých zdravotními pojišťovnami se zástupci profesních sdružení poskytovatelů a s přihlédnutím k cenovému výměru Ministerstva financí, v platném znění, zveřejněnému v Cenovém věstníku Ministerstva financí.

#### Čl. 5

Zdravotní péče poskytovaná v rámci zdravotnické záchranné služby, dopravy raněných, nemocných a rodiček a lékařské služby první pomoci

##### (1) Zdravotní péče poskytovaná v rámci zdravotnické záchranné služby - odbornost 709

Úhrada dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb. ve znění pozdějších změn a doplňků, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

minimální hodnota bodu **Kč 1,02**

jiný způsob úhrady, než je uvedeno v bodě předchozím, pokud se smluvní strany dohodnou a pokud tento způsob není v rozporu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění

##### (2) Zdravotní péče poskytovaná v rámci dopravy raněných, nemocných a rodiček - odbornost 989

Úhrada dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb. ve znění pozdějších změn a doplňků, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

minimální hodnota bodu **Kč 0,91**

##### (3) Zdravotní péče poskytovaná v rámci lékařské služby první pomoci - odbornost 003

Úhrada dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb. ve znění pozdějších změn a doplňků, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

minimální hodnota bodu **Kč 0,91**

MUDr. Jozef Kubinyi, Ph.D.

ministr zdravotnictví

EPLIS