

IČO

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

2	6	3	6	0	9	0	0
4	7	1	0	1	0	0	0
1	8	4	7	N	0	0	1

Název IČO

Rokycanská nemocnice, a.s.

VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKYPŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-05 / 9.10.10 / 4_12
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

Platnost smlouvy ode dne

1.1.2019

Číslo složky

Číslo dodatku

Datum uplatnění od

1.5.2024

Datum uplatnění do

31.12.2024

Formulář obsahuje část

☒ Smluvní i informativní☐ Jen smluvní☐ Jen informativní

Typ CB

PRACOVISTĚ – PŘÍJMOVÁ AMBULANCE S NEPŘETRŽITÝM PROVOZEM
nebo **PRACOVISTĚ OPERAČNÍ SÁL(Y)**
součást lůžkového oddělení - primariátu uvedeného ve formuláři typu C (část smluvní)

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

NÁZEV PRACOVISTĚ

ČÍSLO PRIMARIÁTU

VARIABILNÍ SYMBOL

4 7 1 0 1 0 7 3

Dětská příjmová ambulance

0 0 0 0 0 0 0 4

3 2 2 0

(jen je-li přidělen v SZZ)

ADRESA(Y) PRACOVISTĚ

Město / Obec

Ulice

Č. orientační

Č. popisné

PSČ

Rokycany

Voldušská

750

337 01

SMLOUVNÍ ODBORNOST/I PRACOVISTĚ V RÁMCI NASMLOUVANÉHO OBORU/Ů PRIMARIÁTU

Smluvní odbornost - hlavní

3 0 1

DALŠÍ SMLOUVNÍ ODBORNOSTI

Odbornost

KVALIFIKACE VEDOUCÍHO LÉKAŘE PRACOVISTĚ

Specializovaná způsobilost v oboru

Funkční licence k výkonu odborných a diagnostických metod

Jiná speciální odborná způsobilost

DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUCÍHO LÉKAŘE NA PRACOVISTĚ

Počet dnů v týdnu

5

Počet hodin v týdnu

3

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b)									
s.2b	Kód výkonu					Název výkonu	Datum od	Datum do	
	0	1	4	4	1	STANOVENÍ GLUKÓZY GLUKOMETREM	1.5.2024	31.12.2024	
	0	2	2	2	0	RYCHLOTEST STREP A - PŘÍMÝ PRŮKAZ ANTIGENU STREPTOCOCCUS PYOGENES (STREP A) V ORDINACI	1.5.2024	31.12.2024	
	0	2	2	2	2	PRŮKAZ INFEKČÍ MOČOVÝCH CEST KULTIVACÍ NA TŘECH MÉDIÍCH	1.5.2024	31.12.2024	
	0	2	2	3	0	KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ CRP (POCT)	1.5.2024	31.12.2024	
	0	2	2	5	0	OTOSKOPIE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	1	1	1	ODBĚR KAPILÁRNÍ KRVY	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	1	1	5	ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	1	1	7	ODBĚR KRVY ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	1	1	9	ODBĚR KRVY ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	1	2	3	ANALÝZA MOČI CHEMICKY	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	1	2	5	PULZNÍ OXYMETRIE	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	1	2	7	EKG VYŠETŘENÍ	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	1	3	3	SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	1	3	NEODKLADNÁ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE ZÁKLADNÍ Á 10 MINUT	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	1	5	INJEKCE I. M., S. C., I. D.	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	1	7	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	1	9	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	2	0	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	2	1	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	2	3	INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	2	7	I. V. APLIKACE KRVY NEBO KREVNÍCH DERIVÁTŮ	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	3	5	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	4	5	ZAVEDENÍ GASTRICKÉ SONDY PRO ENTERÁLNÍ VÝŽIVU	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	4	7	ŽALUDEČNÍ LAVÁŽ LÉČEBNÁ	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	4	9	KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE U MUŽE JEDNORÁZOVÁ	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	2	5	3	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	0	7	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	0	9	OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	1	1	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	1	3	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	2	3	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	2	5	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	4	3	SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	5	5	OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	5	6	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 DO 12 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	5	7	OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	6	3	VÝKON LÉKAŘSKÉ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	6	4	PÉČE SPOJENÁ S PŘEVZETÍM PACIENTA OD ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	6	7	ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	6	9	ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ	1.5.2024	31.12.2024	
	0	9	5	7	2	VÍCEČETNÝ ZÁKROK	1.5.2024	31.12.2024	
	2	5	2	3	5	INHALAČNÍ AEROSOLOVÁ LÉČBA	1.5.2024	31.12.2024	
	3	1	0	2	1	KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM LÉKAŘEM	1.5.2024	31.12.2024	
	3	1	0	2	2	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM LÉKAŘEM	1.5.2024	31.12.2024	
	3	1	0	2	3	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ DĚTSKÝM LÉKAŘEM	1.5.2024	31.12.2024	
	7	3	0	2	8	SCREENING SLUCHU U NOVOROZENCE - OTOAKUSTICKÉ EMISE	1.5.2024	31.12.2024	

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – výkony na operačních sálech (seznam č. 2d)

s.2d	Kód výkonu	Název výkonu	Datum od	Datum do
------	------------	--------------	----------	----------

SEZNAM SMLUVNÍCH SPECIFICKÝCH POLOŽEK (seznam č. 7)						
s. 7	Skupina	Kód	Název	Smluvní cena	Datum od	Datum do

SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM

DALŠÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Poskytovatel odpovídá za provádění pravidelných periodických prohlídek a revizí přístrojového vybavení a na požádání je povinen předložit pověřenému zaměstnanci VZP revizní zprávu, kterou je zařízení uznáno schopným trvalého užívání nebo používání a bezpečného provozu a je v souladu s platnými technickými normami dle příslušných právních předpisů.

PZS garantuje zajištění emergency příjmu, včetně zajištění komplementu v režimu 24/7.

S účinností od 1.4.2020 je nasmlouván výkon 09513 za podmínky dané Dodatkem č. 1.

S účinností od 1.5.2023 jsou nasmlouvány výkony 01441, 02220, 02222 a 02250 za podmínky dané Dodatkem č. 1.

K uvedeným výkonům bylo doloženo přístrojové vybavení v souladu s vyhláškou č. 92/2012.

Podmínka k výkonu 02220:

- odebraný materiál nelze současně odeslat do laboratoře

S účinností od 1.5.2024 je nasmlouván výkon 02230. Úhrada bude řešena standardním úhradovým mechanismem dle platné vyhlášky.

Podmínka výkonu 02230:

- pracoviště projde úspěšně 1x ročně externím hodnocením kvality EHK, v případě negativního výsledku je nezbytná kontrola do 6 měsíců

- aktuální výsledky EHK bude pracoviště v kopii zasílat na příslušnou RP

Doložen přístroj Quikread GO Instrument NORDIC

Tato Příloha č. 2 s účinností od 1.5.2024 nahrazuje Přílohu č. 2 s účinností od 1.5.2023.