

IČO

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 9 | 8 | 8 | 9 | 2 |
| 8 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | M | 8 | 9 | M | 0 | 0 | 2 |

Název IČO

Fakultní nemocnice Olomouc


**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**

PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-12 / 8.10.10 / 4_12
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

Platnost smlouvy ode dne

1.1.2013

Číslo složky

Číslo dodatku

Datum uplatnění od

1.10.2016

Datum uplatnění do

31.12.2017

Typ A

PRACOVISTĚ – ORDINACE LÉKAŘE

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

PRACOVISTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU

ČÍSLO PRIMARIÁTU

8 9 3 0 1 1 0 8

☒ Ano☐ Ne

0 0 0 0 0 0 1 0

NÁZEV ORDINACE

VARIABILNÍ SYMBOL

Ambulance dětské pneumonologie

1 0 2 1

(jen je-li přidělen v SZZ)

ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ ORDINACE

| Město / Obec | Ulice | Č. orientační | Č. popisné | PSČ | Poř. |
|--------------|-------------|---------------|------------|--------|------|
| Olomouc | I.P.Pavlova | 6 | 185 | 779 00 | 1 |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISTĚ

PRACOVISTĚ JE HRAZENO FORMOU KKV

2 0 5

☐ Ano☒ Ne**ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE**

Počet dnů poskytování péče v týdnu

Počet hodin poskytování péče v týdnu

2

6

(zaokrouhleno na celé hodiny)

ROZVRH ORDINAČNÍCH HODIN DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm)

Pořadí

1

| | od | do | od | do | místo provozování |
|---------|-------|-------|----|----|-----------------------------------|
| Pondělí | | | | | |
| Úterý | 08:00 | 09:00 | | | 779 00 Olomouc, I.P.Pavlova 185/6 |
| Středa | 07:00 | 12:00 | | | 779 00 Olomouc, I.P.Pavlova 185/6 |
| Čtvrtek | | | | | |
| Pátek | | | | | |
| Sobota | | | | | |
| Neděle | | | | | |

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Příjmení, jméno, titul | | | |
|------------------------|--|--|--|

| Kategorie pracovníka | Typ pracovníka | Datum od | Datum do | Kapacita pracovníka |
|-------------------------|----------------|-----------|------------|------------------------|
| L3 | X | 1.11.2010 | 31.12.2017 | 6,00 |

[illegible]

| | |
|--|-------------------------------------|
| Rozhodnutí MZ ČR o získání specializované způsobilosti v oboru | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Atestace v oboru | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Funkční licence k výkonu odborných a diagnostických metod | <input type="checkbox"/> |
| Jiná speciální odborná způsobilost | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání | |
| Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru | |
| Specializovaná způsobilost v oboru | |
| Jiná speciální odborná způsobilost | |

| | | |
|---|--|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace v oboru | | |
| Platnost od | | |
| Platnost do | | |

(dle kategorie - včetně vedoucího pracoviště)

| Skupina | Kategorie pracovníka | | Kapacita |
|---|-----------------------------|--|-----------------|
| Lékaři | L3 | Lékař se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí | 6,00 |
| | L2 | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene. Symbol L2 se použije také u lékařů, kteří doposud nesplňují podmínky absolvování základního kmene, avšak nejpozději do 31. 12. 2007 byli zařazeni do specializačního vzdělávání | 0,00 |
| | L1 | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání | 0,00 |
| VNP (klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut) | K3 | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí, nebo se zvláštní odbornou způsobilostí, příp. s další specializovanou způsobilostí. Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu a po prokázání zvláštní odborné způsobilosti. | 0,00 |
| | K2 | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí. Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. | 0,00 |
| | K1 | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním s odbornou způsobilostí k výkonu povolání. Fyzioterapeut i bez VŠ vzdělání nebo s vyšším odborným vzděláním | 0,00 |
| JOP (jiný VŠ vzdělaný pracovník ve zdr.) | J2 | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se specializačním vzděláním nebo akreditovaným kvalifikačním kurzem se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání | 0,00 |
| | J1 | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se získanou odbornou způsobilostí v příslušném oboru | 0,00 |
| NLZP (nelékařský zdravotnický pracovník) | S4 | NLZP s VŠ vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí | 0,00 |
| | S3 | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí | 20,00 |
| | S2 | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD) | 20,00 |
| | S1 | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD) | 0,00 |
| | SBM | NLZP způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem – bez maturity | 0,00 |
| | DI | Pracovník dopravy – Dispečer | 0,00 |
| | DD | Pracovník dopravy – Řidič vozidla záchranné služby | 0,00 |
| | DZS | Pracovník dopravy – Řidič zdravotnického vozidla DRNR | 0,00 |

NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA (pouze praktický lékař)

| Nasmlovaný kód dopravy | | Smluvní ohodnocení výkonu dopravy | | |
|------------------------|-------|-----------------------------------|------------|--------|
| Kód | Název | Sazba | Počet bodů | Paušál |

SMLUVENÁ ÚZEMNÍ OBLAST PRO NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBU

(údaj v km, příp. vyjmenovat příslušné obce)

| |
|--|
| |
|--|

ÚZEMNÍ OBLAST GARANTOVANÁ POSKYTOVATELEM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

(kromě lékařů registrujících pojištěnce)

| | | | |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Příslušný okres | <input checked="" type="radio"/> Ano | <input type="radio"/> Ne | (dle sídla SZZ) |
| Další okresy | <input checked="" type="radio"/> Ano | <input type="radio"/> Ne | (příp. jmenovitě vypsát) |
| Kraj | <input checked="" type="radio"/> Ano | <input type="radio"/> Ne | (příp. jmenovitě vypsát) |
| Česká republika | <input type="radio"/> Ano | <input checked="" type="radio"/> Ne | |

Seznam okresů a krajů

| Název | | Kód |
|-------|----------------|-----|
| | Olomoucký kraj | 071 |

SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVÍŠTI (seznam č.1)

[illegible]

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – základní soubor výkonů (seznam č. 2a)

| s. 2a | Kód výkonu | | | | | Název výkonu | Datum od | Datum do |
|-------|------------|---|---|---|---|---|-----------|------------|
| | 0 | 9 | 1 | 1 | 1 | ODBĚR KAPILÁRNÍ KRVĚ | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 1 | 1 | 5 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 1 | 1 | 7 | ODBĚR KRVĚ ZE ŽÍLY U DÍTĚTĚ DO 10 LET | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 1 | 1 | 9 | ODBĚR KRVĚ ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 1 | 2 | 5 | PULZNÍ OXYMETRIE | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 2 | 1 | 5 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 2 | 2 | 0 | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 0 | 9 | OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 1 | 1 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 1 | 3 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 2 | 3 | EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 2 | 5 | ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 4 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 4 | 7 | REGULAČNÍ POPLATEK -- POJIŠTĚNEC OD ÚHRADY POPLATKU OSVOBOZEN | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0 | 9 | 5 | 6 | 1 | VYBAVENÍ PACIENTA PRO PÉČI MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PNEUMOLOGEM | 1.10.2016 | 31.12.2017 |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|-----------|------------|
| | 2 | 5 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PNEUMOLOGEM | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 1 | 3 | FLEXIBILNÍ BRONCHOSKOPIE DIAGNOSTICKÁ NEBO TERAPEUTICKÁ VČETNĚ PREMEDIKACE | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 1 | 5 | ODSTRANĚNÍ CIZÍHO TĚLESA Z DOLNÍCH DÝCHACÍCH CEST PŘI RIGIDNÍ BRONCHOSKOPII (PŘÍČTI K ZÁKLADNÍMU VÝKONU) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 1 | 7 | CÍLENÁ ASPIRACE ENDOBRONCHIÁLNÍHO MATERIÁLU NEBO KARTÁČKOVÁ (BRUSH) BIOPSIE (PŘÍČTI K CENĚ ZÁKLADNÍHO VÝKONU) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 1 | 9 | BRONCHOALVEOLÁRNÍ LAVÁŽ (BAL) (PŘÍČTI K CENĚ ZÁKL. VÝKONU) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 2 | 1 | ENDOBRONCHIÁLNÍ EXCISE (NA 1 SEZENÍ) (PŘÍČTI K CENĚ ZÁKL. VÝKONU) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 2 | 2 | PERBRONCHIÁLNÍ PUNKCE (PŘÍČTI K CENĚ ZÁKL. VÝKONU) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | INSTILACE LÉČEBNÝCH A DIAGNOSTICKÝCH PŘÍPRAVKŮ DO DOLNÍCH DÝCHACÍCH CEST (PŘÍČTI K CENĚ ZÁKL. VÝKONU) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | APLIKACE SPECIFICKÉHO NEBO NESPECIFICKÉHO BRONCHOPROVOKAČNÍHO PODNĚTU | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 1 | 3 | 5 | APLIKACE BRONCHODILATANCIA | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 2 | 1 | 3 | SPIROMETRIE (OBVYKLE METODOU PRŮTOK - OBJEM) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 2 | 1 | 7 | CELOTĚLOVÁ PLETYSMOGRAFIE PŘI KLIDNÉM DÝCHÁNÍ | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 2 | 3 | 5 | INHALAČNÍ AEROSOLOVÁ LÉČBA | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 2 | 3 | 7 | MĚŘENÍ IMPEDANCE, ODPORU A REAKTANCE DÝCHACÍCH CEST METODOU IMPULZNÍ OSCILOMETRIE | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 3 | 1 | 1 | APLIKACE TUBERKULINOVÉHO TESTU | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 3 | 1 | 3 | BCG INOCULACE | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 5 | 3 | 1 | 5 | PNEUMOLOGICKÁ DEPISTÁŽ, KONTROLA RAKCE NA APLIKACI TUBERKULINU A BCG VAKCINY | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 7 | 1 | 0 | 1 | KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ OXIDU DUSNATÉHO VE VYDECHOVANÉM VZDUCHU | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 2 | 7 | 2 | 2 | 0 | INTRADERMÁLNÍ TEST JINÝ | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 9 | 9 | 9 | 9 | 1 | (VZP) KÓD POUZE PRO CENTRA DLE VYHL. 368/2006 - SLOUŽÍ PRO VYKÁZÁNÍ ZULP, KTERÝ JE APLIKOVÁN MIMO CENTRUM, NEBO AMBULANTNÍHO ZULP APLIKOVANÉHO V CENTRU (SPOLU S KLINICKÝM VYŠETŘENÍM) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |

SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b)

| s.2b | Kód výkonu | Název výkonu | Datum od | Datum do |
|------|------------|--------------|----------|----------|
|------|------------|--------------|----------|----------|

SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 3)

| s.3 | Kód ZTV | Název dle ZP | Souhrnný název pro skupinu | Evidenční číslo | Počet přístř. | Výrobce | Název od ZZ | Datum od | Datum do |
|-----|------------|--|----------------------------|-----------------|---------------|---------------------|--|-----------|------------|
| | 0000000064 | Bronchoskop flexibilní (cena dle reg. listu 278 00 | | I024698-002 | 1 | PENTAX | Videobronchoskop PENTAX EB-1570K | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000064 | Bronchoskop flexibilní (cena dle reg. listu 278 00 | | I023514 | 1 | AGIR s.r.o. | Videobronchoskop | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000064 | Bronchoskop flexibilní (cena dle reg. listu 278 00 | | I024698-001 | 1 | PENTAX | Videobronchoskop PENTAX EB-1170K | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000066 | Bronchoskop rigidní s příslušenstvím | | C006522 | 1 | PENTAX | Bronchoskop flexibilní - fibrobronchoskop | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000227 | Inhalator terapeuticky | | D026265 | 1 | OMRON | Inhalátor ultrazvuk. Omron NE | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000227 | Inhalator terapeuticky | | D026263 | 1 | OMRON | Inhalátor Omron | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000227 | Inhalator terapeuticky | | C006232 | 1 | ARTSANA | inhalátor | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000227 | Inhalator terapeuticky | | D066100 | 1 | Orlík Česká Třebová | Inhalátor ultrazv. OMRON | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000228 | Inhalátor testovací - cena dle reg. listu 60 000,- | | I022824 | 1 | Jaeger | Inhalátor testovací- modul impulsní oscilometrie | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000229 | Inhalátor testovací v ceně 10 000,- | | I022824 | 1 | Jaeger | Inhalátor testovací- modul impulsní oscilometrie | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| | 0000000429 | Oxymetr pulsní (cena dle reg.listu 60 000,-) | | I017997 | 1 | NELCOR | OXYMETR PULSNÍ | 1.10.2016 | 31.12.2017 |

| | | | | | | | | |
|------------|---|-------------------------|---------|---|----------|-------------------------------------|-----------|------------|
| 0000000450 | Pletysmograf celotělový v ceně 980 000,- | Pletysmograf celotělový | I020511 | 1 | HospiMed | Spirometr celotělový (pletysmograf) | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| 0000000631 | Spirograf - cena dle reg. listu 100 000,- | | I023841 | 1 | PENTAX | VIDEOBRONCHOSKO P PENTAX | 1.10.2016 | 31.12.2017 |
| 0000000637 | Spirometr včetně modulu impulzní oscilometrie | | I022824 | 1 | VIASYS | VIASYS | 1.10.2016 | 31.12.2017 |

SEZNAM SPECIÁLNÍHO VYBAVENÍ PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 4)

| s. 4 | Název vybavení | Počet kusů | 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

JINÉ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM

DALŠÍ UJEDNÁNÍ

Tento formulář A nahrazuje s účinností od 1.10.2016 formulář A s datem uplatnění od 1.7.2015.

Změny byly provedeny v těchto částech:

seznam č.2a, doplněn výkon 09561

Výkon 09561, který je nasmlouván s účinností od 1.10.2016, není důvodem pro změnu ve výpočtu úhrad hrazených služeb a regulačních omezení.

Poskytovatel garantuje, že věcné a technické vybavení a jeho údržba odpovídá platným právním předpisům. Na vyzvání Pojišťovny předloží doklady o vlastnictví přístrojů potřebných k provedení nasmlouvaných výkonů a také prohlášení o shodě a protokoly o provedených revizích přístrojů, pokud jim podle příslušných právních předpisů podléhají.