

Smlouva o zajištění ZP pro pojištěnce ZP MV ČR

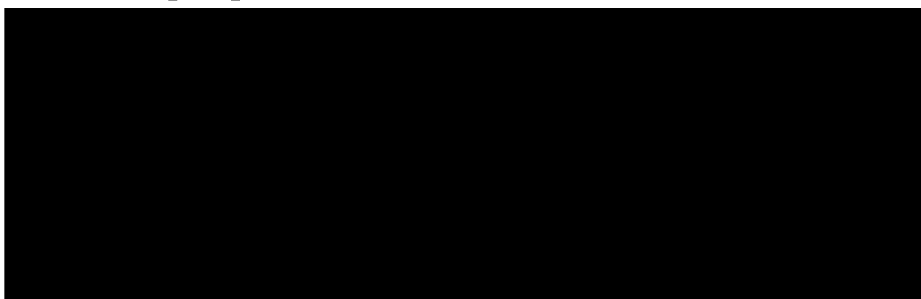
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

se sídlem: Vinohradská 2577/178 Praha 3, PSČ 130 00

IČO: 47114304

zapsaná do obchodního rejstříku vedeného u Městského soudu v Praze dne 26. 10. 1992 pod spisovou značkou A. 7216

statutární orgán: generální ředitel MUDr. David Kostka, MBA



na straně jedné (dále též „Pojišťovna“ nebo „ZP MV ČR“)

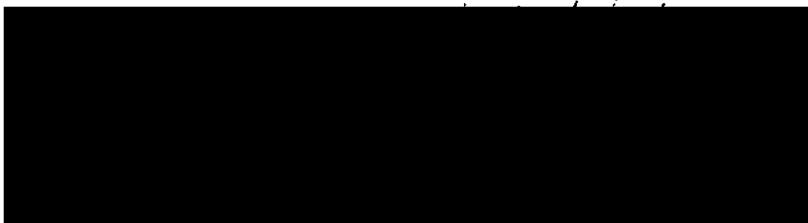
a

A. M. I. – Analytical Medical Instruments, s. r. o.

se sídlem: Letohradská 3/369, 170 00 Praha 7

IČO: 63983524

zapsána v obchodním rejstříku u Městského soudu v oddíl, vložka



uzavírají tuto Smlouvu o zajištění ZP pro pojištěnce ZP MV ČR (dále jen „smlouva“) podle ustanovení § 17 odst. 7 písm. a) bod 2. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“) a podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Čl. I.

Definice pojmů

Pro účely této smlouvy se rozumí:

- a) **Pojištěncem** osoba dle zák. č. 48/1997 Sb., registrovaná u Pojišťovny ke dni poskytnutí zdravotnického prostředku jako její pojištěnec ve veřejném zdravotním pojištění a uvedená ve Smlouvě o poskytnutí ZP,
- b) **Zdravotnickými prostředky** (dále jen „ZP“), zdravotnické prostředky dle zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 268/2014 Sb., zákona č. 372/2011 Sb. a dle právních předpisů tyto zákony provádějících,
- c) **Vybranými zdravotnickými prostředky** (dále jen „vybranými ZP“), zdravotnické prostředky typově specifikované v příloze č. 1 ke Smlouvě,
- d) **Číselníkem SZP – zdravotnické prostředky**, aktuální kategorizovaný přehled zdravotnických prostředků využívaný Pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními při realizaci úhrad zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění (www.szpcr.cz).

Čl. II.

Předmět smlouvy

Předmětem této smlouvy je povinnost Dodavatele poskytovat určeným pojištěncům Pojišťovny vybrané ZP, jimiž jsou ZP určené pro domácí úmělou plicní ventilaci (dále jen „DUPV“) či přístrojovou podporu dýchání a jejichž typová specifikace je uvedena v příloze č. 1 této smlouvy a povinnost Pojišťovny hradit za to Dodavateli sjednanou odměnu.

Čl. III.

Poskytnutí ZP konkrétnímu pojištěnci

1. Dodavatel se na základě této smlouvy zavazuje poskytovat po odsouhlasení Pojišťovny ZP bezplatně pojištěncům a poskytovat jim též servis a opravy takto poskytnutých ZP.
2. Poskytnutí ZP konkrétnímu pojištěnci bude probíhat tak, že:
 - a) Pojišťovna obdrží vyplněnou Žádost PZS o realizaci DUPV (příloha č. 3 smlouvy) s dohodnutými formuláři a epikrizami (žádost bude vyplněna v souladu s metodikou uvedenou v příloze č. 4 smlouvy),
 - b) v případě, že Pojišťovna bude souhlasit s poskytnutím ZP konkrétnímu Pojištěnci na základě této smlouvy, zašle žadateli rozhodnutí o schválení revizním lékařem Pojišťovny (dále jen „Rozhodnutí“),
 - c) Rozhodnutí spolu s vyplněným poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku bude okamžikem jejich doručení Dodavateli považováno za pokyn Dodavateli, aby na základě této smlouvy poskytl předmětný ZP Pojištěnci uvedenému v Rozhodnutí,
 - d) poskytnutí ZP konkrétnímu pojištěnci dle této smlouvy bude provedeno na základě uzavření Smlouvy o poskytnutí ZP, jejíž závazný vzor je přílohou č. 2 této smlouvy. Poskytnutý ZP zůstává ve vlastnictví Dodavatele.
3. Dodavatel je oprávněn na základě této smlouvy poskytovat Pojištěncům pouze vybrané ZP, které jsou typově vymezeny v příloze č. 1 k této smlouvě.

Čl. IV.

Práva a povinnosti smluvních stran

1. Dodavatel je povinen předávat poskytovány ZP přímo příslušnému pojištěnci, k němuž bylo ze strany Pojišťovny (resp. jejího revizního lékaře) vystaveno Rozhodnutí, a to ve stavu způsobilém k řádnému užívání a v místě bydliště pojištěnce, případně po dohodě s ním na jiném místě.
2. Dodavatel se zavazuje uzavírat Smlouvy o poskytnutí ZP dle článku III. odst. 2 smlouvy ve znění vzorové Smlouvy o poskytnutí ZP (příloha č. 2 smlouvy), která je pro Dodavatele po obsahové stránce závazná. Změny ve smlouvách o poskytnutí ZP oproti vzoru této smlouvy je Dodavatel oprávněn činit jen s předchozím písemným souhlasem Pojišťovny. Uzavírané smlouvy o poskytnutí ZP bude Dodavatel číslovat číselnou řadou počínaje číslem jedna. Za pořadovým číslem bude lomítka a rok uzavření smlouvy. Každou uzavřenou smlouvu o poskytnutí ZP Dodavatel zašle společně s poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku a první fakturou na odměnu na adresu pracoviště Praha (Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3).
3. Dodavatel se zavazuje vést evidenci vybraných ZP předaných pojištěncům v souladu s touto smlouvou a smlouvami o poskytnutí ZP, a to po celou dobu trvání této smlouvy s tím, že v této evidenci musí být obsaženy tyto údaje:
 - a) výrobní či evidenční číslo každého vybraného ZP, který je poskytnut pojištěnci,
 - b) číslo pojištěnce, kterému byl vybraný ZP předán,
 - c) číslo smlouvy o poskytnutí ZP, na jejímž základě byl vybraný ZP pojištěnci předán,
 - d) skupina a kód předaného ZP dle Číselníku SZP – Zdravotnické prostředky,
 - e) identifikace indikujícího poskytovatele zdravotních služeb,
 - f) datum předání vybraného ZP pojištěnci a datum jeho vrácení,
 - g) počet dnů v každém kalendářním měsíci, za které je Dodavatel oprávněn Pojišťovně účtovat odměnu dle článku VI,
 - h) dobu, na kterou byl pojištěnci ZP předepsán, pokud byla tato doba předepisujícím lékařem stanovena.
4. Dodavatel se zavazuje provádět pravidelný technický servis poskytnutých ZP dle technických podmínek výrobce zařízení a pravidelné doplňování spotřebního materiálu podle varianty přístrojového vybavení, které jsou uvedeny v příloze č. 1 k této smlouvě.
5. Dodavatel se zavazuje zřídit operační středisko s nepřetržitou službou tak, aby v případě poruchy zařízení, tato byla na přímou nebo zprostředkovanou výzvu pojištěnce nebo Pojišťovny odstraněna neprodleně po ohlášení.
6. Dodavatel se zavazuje poskytnout veškerou potřebnou součinnost Pojišťovně v případě její kontroly služeb poskytovaných dle této smlouvy.
7. Dodavatel je povinen mít uzavřenu pojistnou smlouvu o pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním plnění dle této smlouvy a smluv o poskytnutí ZP, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by jej mohla taková odpovědnost postihnout. Pojištění musí trvat po celou dobu trvání této smlouvy a smluv o poskytnutí ZP uzavřených na jejím základě.

-
8. Dodavatel se zavazuje poskytnout přiměřenou organizační součinnost indikujícímu pracovišti, pokud se tato bude týkat zajištění medicínské péče o pacienty léčené jeho prostředky.
 9. Dodavatel se zavazuje, že ve spolupráci s indikujícím pracovištěm zajistí odborné proškolení potřebného množství lékařů a ošetřujících osob, kteří budou mít v péči pacienty užívající ZP. Tato školení budou během platnosti této smlouvy prováděna opakovaně tak, aby se zajistila maximálně odborná péče o pacienty léčené ZP.
 10. ZP poskytované na základě této smlouvy zůstávají po dobu její platnosti ve vlastnictví Dodavatele.
 11. Dodavatel se zavazuje k převzetí zapůjčeného ZP zpět od pojištěnce po uplynutí doby poskytnutí ZP, resp. na základě žádosti Pojišťovny.
 12. Dodavatel a Pojišťovna nepostoupí pohledávku z této smlouvy za druhou smluvní stranu jinému subjektu.

Čl. V.

Doba trvání smlouvy

Tato smlouva se sjednává na dobu od 1. 2. 2019 do 31. 12. 2019. Doba trvání smlouvy se prodlužuje vždy o další 1 rok, pokud jedna ze smluvních stran neoznámí písemně nejpozději 3 měsíce před uplynutím doby její účinnosti druhé smluvní straně svůj úmysl smlouvu ukončit.

Čl. VI.

Odměna

1. Pojišťovna se zavazuje uhradit Dodavateli odměnu, v závislosti na skutečně poskytnutých ZP a to, ve výši vypočtené dle přílohy č. 1 této smlouvy. Dodavatel prohlašuje, že cena přístrojového vybavení uvedená v příloze č. 1 této smlouvy je jeho obchodním tajemstvím.
2. Dodavatel prohlašuje, že odměna zahrnuje veškeré jeho náklady související s poskytováním a servisem ZP a jejich příslušenství dle této smlouvy. Odměna se účtuje počínaje dnem předání ZP příslušnému pojištěnci, nejdříve však dnem nabytí účinnosti této smlouvy.
3. Odměnu za jednotlivé poskytnuté ZP bude Dodavatel účtovat a zasílat vždy Pojišťovně měsíčně pozadu, vždy do 10. dne měsíce následujícího, a to daňovým dokladem – fakturou. Splatnost faktury se sjednává na 30 dnů od data doručení. Po dohodě smluvních stran lze zaslat fakturu elektronicky či ve formě papírových dokladů.
4. Smluvní strany se dohodly na následujících údajích, které každá faktura musí obsahovat:
 - a) označení faktury, její číslo a odvolávka na tuto smlouvu,
 - b) obchodní jméno (název), sídlo, IČO a DIČ smluvních stran,
 - c) bankovní spojení Dodavatele (obchodní firmu a sídlo peněžního ústavu, číslo účtu),
 - d) den jejího odeslání a lhůta její splatnosti,
 - e) počet fakturovaných dnů za jednotlivé vybrané ZP,
 - f) pořadové číslo smlouvy (smluv) o poskytnutí ZP, na základě které (kterých) je fakturováno,
 - g) denní sazbu za poskytnutí jednotlivých přístrojových zařízení,

-
- h) celkovou cenu plnění bez DPH, sazbu DPH, výši DPH celkem, celkovou částku k úhradě, případně další věcné a cenové náležitosti,
- i) potvrzení oprávněné osoby za Dodavatele o správnosti údajů uvedených na faktuře.
5. Pojišťovna je oprávněna před uplynutím doby splatnosti vrátit bez zaplacení fakturu Dodavateli, neobsahuje-li stanovené náležitosti nebo není-li vystavena v souladu s příslušnými ustanoveními této smlouvy. Důvod vrácení je Pojišťovna povinna na faktuře vyznačit.
6. Dodavatel je povinen vrácenou fakturu opravit či vystavit novou fakturu či dobropis. Oprávněným vrácením faktury přestává běžet původní lhůta splatnosti. Celá lhůta běží znovu ode dne doručení opravené nebo nově vyhotovené faktury Pojišťovně.
7. Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování pochybení dodatečně a Dodavatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy částku neuhradí, nedoloží její oprávněnost, nebo se smluvní strany nedohodnou jinak, je Pojišťovna oprávněna jednostranným započtením částky snížit Dodavateli úhradu v následujícím období.
8. Dodavatel nemá nárok na úhradu odměny dle odst. 1 tohoto článku smlouvy od Pojišťovny v případě, že:
- a) pojištěnec není a nebyl při uzavření smlouvy o poskytnutí ZP pojištěncem Pojišťovny,
 - b) Dodavatel předal vybraný ZP v rozporu s touto smlouvou,
 - c) pojištěnec přestal být po uzavření smlouvy o poskytnutí ZP pojištěncem Pojišťovny,
 - d) došlo k ukončení některé ze smluv o poskytnutí ZP.
9. Po dobu hospitalizace pacienta a nahlášení hospitalizace před koncem fakturačního období Dodavateli, nebude odměna Pojišťovně fakturována. V případě pozdního nahlášení hospitalizace bude fakturovaná částka za období hospitalizace Dodavatelem dobropisována. Případné započtení takové pohledávky provede Pojišťovna po předchozím projednání s Dodavatelem.
10. Závazek k úhradě je splněn dnem, kdy byla částka poukázána z účtu povinného na účet oprávněného. Na vyžádání smluvní strana sdělí, případně doloží druhé smluvní straně termín, kdy byla částka poukázána.
11. Při prodlení se splněním peněžitého závazku nebo jeho části má Dodavatel právo požadovat z nezaplacené částky úroky z prodlení ve výši určené předpisy práva občanského.

Čl. VII.

Výpověď smlouvy

1. Dodavatel je oprávněn, před uplynutím doby, na kterou je tato smlouva sjednána, dát Pojišťovně výpověď
- a) s měsíční výpovědní dobou, která počíná běžet dnem následujícím po doručení písemné výpovědi, pokud Pojišťovna opakovaně poruší povinnosti upravené touto smlouvou,
 - b) bez výpovědní doby, kdy smlouva bude ukončena dnem následujícím po dni doručení písemné odůvodněné výpovědi Pojišťovně, pokud tato, přes písemnou výzvu, je v prodlení s úhradou odměny o více než tři měsíce.
2. Pojišťovna je oprávněna, před uplynutím doby, na kterou je tato smlouva sjednána, dát Dodavateli výpověď, s měsíční výpovědní dobou, která počíná běžet dnem následujícím po doručení písemné výpovědi

-
- a) pokud bylo v insolvenčním řízení rozhodnuto o úpadku Dodavatele nebo byl insolvenční návrh zamítnut pro nedostatek majetku,
- b) v případě, že Dodavatel opakovaně poruší povinnosti upravené touto smlouvou.

Čl. VIII.

Platnost smlouvy

Tato smlouva nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem uveřejnění v Registru smluv dle článku IX. odst. 4 smlouvy.

Čl. IX.

Závěrečná ustanovení

1. Tuto smlouvu lze měnit či doplňovat pouze na základě písemných dodatků podepsaných oběma smluvními stranami. Jiné formy změn nejsou platné.
2. Tato smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení.
3. Nedílnou součástí této smlouvy je:
 - a) příloha č. 1 – Specifikace a cena přístrojového vybavení
 - b) příloha č. 2 – Smlouva o poskytnutí ZP (vzor smlouvy)
 - c) příloha č. 3 – Žádost poskytovatele zdravotních služeb o realizaci DUPV (formulář)
 - d) příloha č. 4 – Metodika k formuláři „Žádost poskytovatele zdravotních služeb o realizaci DUPV“
4. Pojišťovna jako povinný subjekt dle zákona č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), ve znění pozdějších předpisů, uveřejní smlouvu v Registru smluv, jehož správcem je Ministerstvo vnitra, včetně jejich případných změn a dodatků, za splnění podmínek k uveřejnění dle zákona o registru smluv, kromě částí výslovně označených, které spadají pod výjimky z uveřejnění dle zákona o registru smluv (tj. zejména příloha č. 1 této smlouvy), nejpozději do 15 dnů po jejím uzavření. Dodavatel je povinen po uplynutí této lhůty, nejpozději do 20 dnů ode dne, kdy byla smlouva uzavřena, v Registru smluv ověřit, zda Pojišťovna smlouvu řádně uveřejnila, a pokud se tak nestalo, je povinen smlouvu uveřejnit sám a o této skutečnosti ji informovat.
5. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že smlouva byla uzavřena podle jejich pravé a svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

V Praze dne 22.1.2019

Za Dodavatele:

V Praze dne 22.01.2019

Za Pojišťovnu:

Příloha č. 1 ke Smlouvě o zajištění ZP pro pojištěnce ZP MV ČR

Specifikace a cena přístrojového vybavení

Přístrojové vybavení je možno dodat ve třech variantách dle zdravotního stavu pacienta.

Varianta A - odměna 785 Kč vč. DPH / den

Položka	ks / měsíc	Cena v Kč
Plicní ventilátor vč. baterie a stojanu		179 331,00 Kč
Odsávačka		16 611,00 Kč
Oxymetr		18 984,00 Kč
Snímač oxymetru		3 729,00 Kč
Ambuvak		1 525,50 Kč
Manometr k trach. kanyle		6 780,00 Kč
Pacientský okruh	4	2 169,60 Kč
Vstupní filtr	1	169,50 Kč
Filtr zvlhčovací HME	16	1 301,76 Kč
Spojka	16	976,32 Kč
Kanyla	1	1 288,20 Kč
Páska kanyly	2	169,50 Kč
Odsávací katetr	300	2 034,00 Kč
Podložka pod kanylu	30	711,90 Kč
Filtr do odsávačky	2	203,40 Kč
Chir. Rukavice	45	640,71 Kč

Varianta B - odměna 685 Kč vč. DPH / den

Položka	ks / měsíc	Cena v Kč
Plicní ventilátor vč. baterie a stojanu		179 331,00 Kč
Odsávačka		16 611,00 Kč
Oxymetr prstový		3 800,00 Kč
Ambuvak		1 525,50 Kč
Manometr k trach. kanyle		6 780,00 Kč
Pacientský okruh	2	1 084,80 Kč
Vstupní filtr	1	169,50 Kč
Filtr zvlhčovací HME	16	1 301,76 Kč
Spojka	16	976,32 Kč
Kanyla	1	1 288,20 Kč
Páska kanyly	2	169,50 Kč
Odsávací katetr	200	1 356,00 Kč
Podložka pod kanylu	30	711,90 Kč
Filtr do odsávačky	2	203,40 Kč
Chir. Rukavice	30	427,14 Kč

Varianta C: Trilogy 100 NIV, odměna 290,- Kč vč. DPH / den

~~Popisek~~ ~~počet kusů~~ ~~celná v. Kč~~

Plicní ventilátor vč. baterie a stojanu		179 331,00 Kč
Ambuvak		1 525,50 Kč

Pacientský okruh	2	1 084,80 Kč
Vstupní filtr	1	169,50 Kč
Maska NIV	0,16	433,33 Kč

Smlouva o poskytnutí ZP č. 211/XX/2019

A. M. I. – Analytical Medical Instruments, s. r. o.

Se sídlem: Letohradská 3/369, 170 00 Praha 7

IČ: 63983524

DIČ:

Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v odd., vložka
zastoupená:

Email:

(dále jen „dodavatel“)

a

Jméno a příjmení: r.č.:

bydliště: tel.č.:

zastoupený ve věci Smlouvy zákonným zástupcem

Jméno a příjmení: r.č.:

bydliště: tel.č.:

(dále jen „uživatel“)

uzavírají tuto smlouvu o poskytnutí ZP:

I.

Předmětem této smlouvy je poskytnutí zdravotnického prostředku (dále jen „zařízení“) dodavatelem k bezplatnému užívání uživateli

II.

1. Dodavatel prohlašuje, že je výlučným vlastníkem zařízení a přenechává jej k dočasnému užívání uživateli. Odměnu za tuto službu hradí Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (dále jen „Pojišťovna“), jejímž pojištěncem je uživatel, a to na základě Smlouvy o zajištění zdravotnických prostředků pro pojištěnce ZPMV ČR.
2. Dodavatel dodá uživateli spolu se zařízením též návod v českém jazyce, prohlášení o shodě a protokol o proškolení obsluhy v listinné podobě.
3. Uživatel podpisem této smlouvy:
 - a) potvrzuje, že zařízení převzal ve stavu způsobilém k řádnému užívání a odpovídá za jeho řádný technický stav po celou dobu, kdy jej bude užívat;
 - b) potvrzuje, že byl seznámen s provozem, obsluhou a údržbou zařízení a zavazuje se používat zařízení výhradně dle předaného návodu k obsluze;
 - c) bere na vědomí, že je povinen dbát pokynů svého ošetřujícího lékaře ve vztahu k používání zařízení v rámci účelné léčby.

-
4. Uživatel je oprávněn užívat zařízení výhradně pro svou osobní potřebu a není oprávněn jej vyvážet mimo území České republiky, půjčovat jiné osobě, prodat, pronajmout, případně s ním jinak disponovat v rozporu s účelem této smlouvy.
 5. Uživatel je povinen na výzvu umožnit dodavateli přístup k zapůjčenému zařízení a provedení jeho technické prohlídky, případně opravy.
 6. Dodavatel je oprávněn uživateli zařízení kdykoli odejmout, pokud bude zjištěno, že uživatel používá zařízení v rozporu s návodem k obsluze. Uživatel je povinen v takovém případě zařízení na písemnou výzvu dodavateli neprodleně vrátit.
 7. Uživatel je povinen zapůjčené zařízení chránit před poškozením, ztrátou nebo zničením a za případné škody odpovídá dodavateli podle § 2944 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 89/2012 Sb.“).
 8. Uživatel se zavazuje, že v případě přechodu k jiné zdravotní pojišťovně než je Pojišťovna, nahlásí tuto skutečnost písemně „doporučeně“ Pojišťovně, a to nejpozději do sedmi kalendářních dnů ode dne přestupu k jiné zdravotní pojišťovně. V takovém případě má uživatel povinnost půjčený zdravotnický prostředek vrátit nejpozději do 14 kalendářních dnů dodavateli nebo ode dne přestupu k jiné zdravotní pojišťovně hradit náklady za poskytnutí tohoto zařízení.
 9. Uživatel nebo pověřená osoba (viz příloha č. 1 této smlouvy o poskytnutí ZP) se zavazuje vrátit zařízení dodavateli, pokud pomínou důvody k jeho dalšímu užívání, nejpozději však do
 10. Dodavatel se zavazuje po celou dobu, kdy bude uživatel oprávněně zařízení užívat, zdarma zajišťovat jeho servis a opravy.
 11. V případě hospitalizace uživatele podá uživatel nebo pověřená osoba dodavateli zprávu o počátku a poté i o ukončení hospitalizace nejpozději do tří dnů buď písemně „doporučeně“ na adresu:
A. M. I. – Analytical Medical Instruments s. r. o., Letohradská 3/369, 170 00 Praha 7
popř. E-mailem na adresu: doplnit
nebo telefonicky na tel. číslo: doplnit (bezodkladně je nutno informaci potvrdit e-mailem či písemně)

III.

1. Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami. Vyhotovuje se ve dvou stejnopisech, po jednom pro každou smluvní stranu.
2. Tuto smlouvu lze měnit pouze písemnými číslovanými dodatky podepsanými oprávněnými zástupci obou smluvních stran.

V Praze dne 2019

V..... dne 2019

Dodavatel:

Uživatel:

.....

.....

ke Smlouvě o poskytnutí ZP číslo: 211/XX/2019

PROHLÁŠENÍ POVĚŘENÉ OSOBY

Prohlašuji, že přijímám závazek ke společnosti A. M. I. – Analytical Medical Instruments, s.r.o., se sídlem Letohradská 3/369, 170 00 Praha 7, IČO: 63983524 (dále jen „Společnost“),

že jí neprodleně vrátím přístrojové vybavení

které na základě Smlouvy o poskytnutí ZP č.: 211/XX/2019

používá uživatel

pan/paní:

datum narození:

v případě, že uživatel by nemohl již dále přístrojové vybavení používat z jakýchkoli důvodů a nemohl by jej Společnosti sám vrátit.

O výše uvedených skutečnostech se zavazuji Společnost informovat do tří dnů buď písemně na adresu:

**nebo telefonicky na číslo:
popř. e-mailem na adresu:**

Pan/paní:

bytem:

číslo OP:

datum narození:

.....
podpis pověřené osoby

Dne:

ŽÁDOST POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB O REALIZACI DUPV

Navrhovatel DUPV:

Název a adresa ZZ:

IČO: IČZ:

Statutární zástupce:

Poskytovatel DUPV:

Název a adresa ZZ:

IČO: IČZ:

Statutární zástupce:

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné příjmení: Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

PSC:

Pacient je pojištěncem pojišťovny:

Adresa místa, kde bude DUPV poskytována :

Základní diagnóza :

číselně (dle MNK 10)

slovy:

.....

Další diagnózy:

číselně (dle MNK 10)

slovy:

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

5. Právní zajištění DUPV

Navrhovatel, poskytovatel DUPV, pacient a osoba zajišťující realizaci DUPV si jsou vědomi všech rizik a omezení, které poskytování DUPV přináší. Za poučení poskytovatele DUPV, pacienta a osoby zajišťující realizaci DUPV je odpovědný navrhovatel.

a) Potvrzuji, že jsem byl informován/a o DUPV v dostatečném rozsahu

Datum seznámení:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce:

Svědci:

Jméno a příjmení:

Podpis:

Jméno a příjmení:

Podpis:

b) Potvrzuji, že jsem byl informován/a o DUPV v dostatečném rozsahu

Datum seznámení:

Podpis osoby zajišťující laickou ošetrovatelskou péči:

c) Potvrzení statutárních zástupců navrhovatele a poskytovatele DUPV

Podpis statutárního zástupce
navrhovatele DUPV

Podpis statutárního zástupce
poskytovatele DUPV

Razítko

Razítko

6. Sociální statut rodiny

Sociální šetření by mělo být provedeno po vyjádření navrhovatele k indikovanosti pacienta k DUPV a vyjádření předběžného souhlasu budoucí ošetřující osoby, aby se v případě sociálně nevhodného prostředí nečinily další nadbytečné kroky.

Závěr šetření provedeného sociálním pracovníkem pověřené obce:

Adresa obecního úřadu, kontaktní osoba:

Situace rodiny:

- sociální	vyhovující	nevyhovující
- ekonomická	vyhovující	nevyhovující
- technická	vyhovující	nevyhovující

c) Domácí péče :

Název, sídlo a adresa pracoviště:

IČO: IČZ:

d) PZS s oddělením ARO, které se bude na péči o pacienta podílet (*může být totožné s poskytovatelem - garantem*).

Název a adresa:

IČO: IČZ:

e) Doprava pro případ převozu pacienta je zajištěna: ano ne

f) Technické vybavení a servis je zajištěn: ano ne

Podpis poskytovatele, razítko

9. Úhrada pojišťovnou

- a) Pojišťovna uhradí zdravotní péči v daném rozsahu (přístrojové vybavení, spotřební materiál, atd.) dle platného sazebníku Svazu zdravotních pojišťoven ČR.
- b) Další péče (např. ošetrovatelská) musí být hrazena individuálně.

Jméno a podpis revizního lékaře
zdravotní pojišťovny, razítko

Metodika k formuláři „Žádost poskytovatele zdravotních služeb o realizaci DUPV“

Žádost předkládá navrhovatel, v jehož zdravotnickém zařízení je pacient navržený k DUPV hospitalizován, a to po zvážení všech okolností, které umožňují DUPV realizovat. Navrhovatel garantuje, že žádost je úplná a že jsou splněny všechny podmínky pro realizaci DUPV, a že v případě zhoršení zdravotního stavu pacienta zajistí jeho hospitalizaci a další potřebnou péči.

Navrhovatel může být současně i poskytovatelem DUPV. Poskytovatelem DUPV je poskytovatel zdravotních služeb, který spolupracuje s registrujícím praktickým lékařem, rodinou a dalšími subjekty při zajištění realizace DUPV. V případě domluvy s navrhovatelem může poskytovatel DUPV zajistit hospitalizaci a další potřebnou péči.

Žádost se předkládá:

- 1) Originál žádosti - zdravotní pojišťovně pacienta
- 2) Kopie žádosti - společnosti, která zajistí přístrojové vybavení pro DUPV

Adresa k zaslání kopie žádosti:

Formulář je přehledným soupisem všech podmínek, které musí být splněny, aby mohlo být zajištění DUPV pro pacienta realizováno.

Protože se jedná pouze o „přehledný seznam“, budou jednotlivé body ve formuláři vyplňovány pouze odpovědí „ano - ne“. Podrobná vyjádření (zprávy) budou přílohami tohoto formuláře.

Poznámky k jednotlivým bodům:

ad bod 1.

Přílohou žádosti je lékařská zpráva zaměřená na zdravotní charakteristiku pacienta a vhodnost DUPV.

ad bod 2.

Předpokládáme, že další odborností, která by se mohla k indikovanosti pacienta k DUPV vyjádřit, je neurologie.

ad bod 3.

Zaškolení realizuje navrhovatel ve spolupráci s Linde Gas a.s. a proškolení by mělo být více členů rodiny. Odpovědnost za poskytování laické ošetrovatelské péče však musí nést pouze jedna osoba, která je uvedena v žádosti.

ad bod 4.

Psychologické vyšetření zajistí navrhovatel.

Základní splněná psychologická podmínka k DUPV ze strany **pacienta** je jeho motivace a schopnost sladit jeho osobnost s členy domácnosti, ve které o něj bude pečováno.

Základní splněná podmínka vyšetřovaných **členů domácnosti** pacienta je vyloučení hrubé osobnostní patologie. Dále je třeba posoudit motivaci pečujících členů rodiny (může se jednat o rozhodnutí na řadu let), posoudit specifické schopnosti pečujících ve smyslu koncentrace pozornosti, reakčního času, schopnosti analýzy a syntézy v situaci, IQ by mělo odpovídat minimálně pásma průměru (IQ nemusí být vyšetřováno u osob s dosaženým VŠ vzděláním) apod.

Volba metod psychologické diagnostiky: projektivní techniky, testy speciálních schopností, dotazníkové metody k detekci hrubé osobnostní patologie, výkonové testy (pouze u osob se SŠ a nižším vzděláním).

ad bod 5.

V případě, že má plnoletý pacient stanoveného zákonného zástupce, je nutné doložit potvrzení o jeho ustanovení.

V případě, že nemá plnoletý pacient stanoveného zákonného zástupce a jeho zdravotní stav neumožňuje, aby se podepsal na žádost, potom musí být jeho souhlas potvrzen dvěma svědky, kteří potvrdí jeho souhlas s DUPV.

ad bod 6.

Sociální šetření je provedeno na základě žádosti navrhovatele příslušným obecním úřadem.

Cílem sociálního šetření je:

- a) popis aktuálního stavu domácnosti pacienta se zohledněním možností poskytovat v ní DUPV,
- b) seznámení pacienta a jeho rodiny s možnostmi sociálních dávek a výpomoci, včetně pomoci při případné realizaci bezbariérových úprav apod.,
- c) informování obecního úřadu a sociálního odboru o realizaci DUPV, za účelem aktivní pomoci rodině při její realizaci.

ad bod 7.

Ošetřovatelský a léčebný plán musí být zpracován tak, aby ho bylo možné realizovat v domácím prostředí za spolupráce laické osoby, registrujícího praktického lékaře a agentury domácí péče, popřípadě navrhovatele nebo poskytovatele DUPV. Součástí tohoto plánu je i návrh řešení naléhavých situací.

Pro zpracování je přiložen vzor - příloha č. 1

- Seznam nezbytných výkonů je zpracován dle aktuální potřeby pacienta. Jeho zpracování je podmínkou vyslovení souhlasu zdravotní pojišťovny s realizací a především úhradou DUPV. Pro zpracování je přiložen vzor - příloha č. 2,
- Seznam ZUM a ZULP je zpracován dle aktuální potřeby pacienta. Jeho zpracování je podmínkou vyslovení souhlasu zdravotní pojišťovny s realizací a především úhradou DUPV. Pro zpracování je přiložen vzor - příloha č. 3 a 4,
- V rámci schválené žádosti je pacientovi automaticky předán plicní ventilátor a jedenkrát za tři měsíce obdrží pacient spotřební materiál související s realizací umělé plicní ventilace – ventilační okruhy, filtry, spojky, otočná kolínka apod. Tento materiál, není nutné uvádět do seznamu ZUM. Po odsouhlasení žádosti kontaktuje navrhovatel zástupce Linde Gas a.s. za účelem specifikace tohoto vybavení,
- Po odsouhlasení žádosti, vystaví navrhovatel pacientovi poukazy na zdravotnické pomůcky na přístroje, které byly v rámci podané žádosti schváleny zdravotní pojišťovnou. Schválení a realizace se řídí metodickými pokyny zdravotní pojišťovny,
- Pokud dojde ke změně zdravotního stavu a jiných podmínek během realizace DUPV a tím i požadavků na prováděné výkony, ZUM a ZULP a přístrojové vybavení, musí být nově zpracovaný návrh předložen ke schválení příslušné zdravotní pojišťovně. Aktualizaci může realizovat navrhovatel nebo poskytovatel DUPV.

ad bod 8.

Předpokládá se, že se na péči o pacienta budou podílet kromě ošetřující laické osoby (člena rodiny) i další uvedení poskytovatelé zdravotních služeb, kteří musí být proškoleni v problémech spojených s DUPV.

ad a) Za ošetřujícího lékaře je považován lékař, u kterého je pacient registrován (všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost).

ad b) V případě, že se všeobecná nebo dětská sestra, nebude na péči o pacienta podílet, potom nemusí být v žádosti uvedena.

ad c) Doporučujeme domácí péči u pacientů zařazených do DUPV realizovat ve všech věkových kategoriích, nicméně pokud navrhovatel ve spolupráci s rodinou tuto péči nechce realizovat, potom nemusí být v žádosti uvedena. Tato skutečnost však musí být zdůvodněna v lékařské zprávě.

ad d) Poskytovatel zdravotních služeb se zajištěnou péčí ARO může být totožný s poskytovatelem DUPV nebo navrhovatelem.

ad e) Poskytovatel zdravotnické dopravní služby a zdravotnické záchranné služby musí být předem informován poskytovatelem zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení je pacient navržený k DUPV hospitalizován, o umístění pacienta s DUPV do domácího prostředí vzhledem ke specifickým podmínkám pro převoz pacienta s ventilátorem pro případ plánovaného kontrolního vyšetření nebo k hospitalizaci v případě zhoršení stavu.

ad f) Navrhovatel potvrdí, že je zajištěno nezbytné přístrojové vybavení uvedené v příloze žádosti, včetně předání informace pacientovi, či laickému ošetřovateli a jak je zajištěn servis tohoto vybavení.

ad bod 9.

Výše úhrady a rozsah péče jsou dány platným číselníkem Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

Příloha číslo 1

Vzor ošetřovatelského plánu a řešení naléhavých stavů je na:

http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/domaci-umela-plicni-ventilace_1617_3.html

Příloha číslo 2

Seznam výkonů požadovaných v rámci DUPV

Pacient:

Rodné číslo:

Dg.:

Navrhovatel uvede u požadovaných výkonů četnost. Pokud v seznamu nejsou uvedeny výkony, které pacient potřebuje, doplní navrhovatel jejich specifikaci do tabulky. Pokud některé výkony navrhovatel nepožaduje, potom neuvede jejich četnost.

Výkony praktického lékaře:

Kód	Název	Četnost
01023	Cílené vyšetření praktickým lékařem	
01024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem	
01025	Konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta	
01150	Návštěva praktického lékaře u pacienta	
01160	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19-22 hod	
01170	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22-06 hod	
01180	Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo pracovního klidu	

indukované výkony - četnost výkonů dle nutnosti výměny zavedených vstupů - cca 1x měsíčně

Kód	Název	Četnost
76023	Kontrolní vyšetření urologem 2	
76317	Výměna epicyststomie	
76213	Katetrizace močového měchýře permanentní cévkou dlouhodobá	
71719	Výměna tracheostomické kanyly	

Výkony agentury domácí péče - četnost návštěv 2 - 3 x d:

Kód	Název	Četnost
06317	Ošetrovací návštěva - Domácí zdravotní péče - typ III.	
06315	Ošetrovací návštěva - Domácí zdravotní péče - typ II.	
06313	Ošetrovací návštěva - Domácí zdravotní péče - typ I.	
06318	Ošetrovací návštěva - Domácí zdravotní péče - typ IV.	
06319	Fyzická asistence při poskytování domácí zdravotní péče	
06321	Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí	
06323	Odběr biologického materiálu	
06327	Ošetření stomii	
06329	Lokální ošetření	
06331	Klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů	

Rehabilitační péče - četnost předpokládáme 2x d:

Kód	Název	Četnost
21011	Kineziologický rozbor	
21015	Kineziologický rozbor kontrolní	
21113	Fyzikální terapie II	
21225	Léčebná tělesná výchova individuální - kondiční a analytické metody	
21413	Mobilizace periferních kloubů nebo techniky měkkých tkání nebo páteře včetně předebrátí	
21717	Individuální LTV - nácvik lokomoce a mobility	

Příloha číslo 3

Seznam ZULP požadovaných v rámci DUPV

Pacient:

Rodné číslo:

Dg.:

Uvedený seznam je pouze orientační. Navrhovatel doplní to co pacient potřebuje nebo odstraní to, co nepotřebuje.

Kód	Název	Četnost
33149	NutrisonStandard vak á 1000 ml	2 vaky denně
98219	Furon tbl. 40 mg	2x 1/2 tbl./denně
91280	Ranital tbl.Á 1	1 tbl./denně
94948	Seropram tbl. Á 20 mg	1 tbl./denně
13768	Cordarone tbl á 200 mg	1 tbl./denně
6618	Neurol tbl. Á 0,5 mg	1 tbl./denně
13430	Fyziologický roztok - vak á 250 ml/d. - zaplachování stravy a další užití	10ks / měsíc
32320	Betadine ung. Na ošetřování okolí vstupu gastrostomie	1ks / měsíc
802	Oční kapky na ošetření očí - Ophthalmo-Septonex gtt., st. 1, event. Lacrysin gtt	2ks/ měsíc
	Dezinfekční prostředek na pokožku - nutné specifikovat včetně velikosti balení	1l/ měsíc
	Inadine ung. Na okolí TS kanyly	2ks/týdně
	Mast na opruzeniny, nejlépe Menalind	1 ks/týdně
	Masážní mentolová mast - magistraliter	1 ks/týdně
	Borax-glycerin sol. 3% na ošetřování DÚ	
	Dezinfekční roztok na ruce - Spitaderm 500ml	1 ks/týdně
	Presept tablety Johnson+Johnson bal. Á 500 g - pro dekontaminaci použitých pomůcek	

Příloha číslo 4

Seznam ZUM požadovaných v rámci DUPV

Pacient:

Rodné číslo:

Dg.:

Uvedený seznam je pouze orientační. Navrhovatel doplní to co pacient potřebuje nebo odstraní to, co nepotřebuje.

Kód	Název	Četnost
26140	Tracheostomická kanyla č. 10 ID-skup. 3 - nebo obdobná, výměna	1ks/ měsíc
26975	Tracheoální rourka č. 8 ID s těsnícím balonkem, skup. 3 - jako rezerva pro případ nemožnosti zavedení TSK	1ks
	Odsávací cévka pro jednorázové odsátí z dýchacích cest	15 ks/denně
	Jednorázová pinzeta pro sterilní odsávání z dýchacích cest	10 ks/denně
	Sterilní čtverce pod tracheostomickou kanylu, ke krytí gastrostomie a epistomie	celkem cca 4 bal. Á 5 ks/denně
	Sterilní štětičky	cca 10 ks/denn
87656	Jednorázová podložka pod pacienta	4 ks/denně
87090	Jednorázové plenkové kalhotky, skup. 3	2ks / den
	Rukavice jednoráz. nesteriln pro ošetřující osobu, RHB a home-care	20 ks/den
	Rukavice jednorázové sterilní - cca 4 páry/denně	4ks/den
	Ústenky jednorázové (pro ošetřující osobu, RHB, home-care)	4ks/den
80452	Buničitá vata, skup. 3	250gr/týden
	Stříkačka injekční 10ml	5 ks/d
	Stříkačka injekční 20 ml	5 ks/d
	Janetová stříkačka	1 ks/3měsíce
	Sběrný močový sáček na 24 hod.	1ks/den
	Močový katétr-permanentní	
	Třecí miska na drcení léků	
	T-kus k HME Boosteru Medisize	1ks/týden