

Dodatek č. 2019001 ke Smlouvě č. 31720/18 o poskytování a úhradě zdravotních služeb (dále jen "Smlouva")

(dále jen Dodatek)

který uzavřely na úhradu zdravotních služeb v roce 2019 níže uvedeného dne, měsíce a roku podle ustanovení § 1746 občanského zákoníku, ve smyslu § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“) a v souladu s dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tyto

Smluvní strany

RBP, zdravotní pojišťovna, se sídlem Michálkoviccká 967/108, 710 00 Slezská Ostrava
IČ: 47673036, email: rbp@rbp-zp.cz, kód ZP: 213
jejímž jménem jedná Ing. Antonín Klimša, MBA, výkonný ředitel
(dále jen „Pojišťovna“ nebo „RBP“)

a

Název, příp. jméno a příjmení: **Čtyřlístek-centrum pro osoby se zdravotním postižením
Ostrava, příspěvková organizace**
Se sídlem: **71200 Ostrava, Hladnovská 751/119**
Zastoupen: **PhDr. Svatopluk Aniol, ředitel**
IČ: **70631808**
IČZ: **91997220**
(dále jen „Poskytovatel“)

I.

Úhrada zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých pojištěncům Pojišťovny umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb v období od 1. 1. 2019 do 31. 12. 2019 a předaných k vyúčtování bude prováděna podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, následujícím způsobem:

- (1) Pojišťovna uhradí Poskytovateli zdravotní služby dle § 22 odst. e) zákona č. 48/1997 Sb., hrazené z veřejného zdravotního pojištění, pokud byly poskytnuty v souladu s obecně závaznými právními předpisy v rozsahu daném přílohou č. 2 Smlouvy, v termínech dle Smlouvy.
- (2) Celková výše úhrady za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny v zařízení Poskytovatele bude v roce 2019 stanovena podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.
- (3) Celková výše úhrady uhrazené Poskytovateli nepřekročí maximální výši úhrady, která se vypočte následujícím způsobem:

$$MAXU_{hod} = PMPB_{ref} \times \sum_{i=1..m} PMS_i \times HB_{hod} \times 1,10$$

kde:

$MAXU_{hod}$
PMS

je maximální úhrada v hodnoceném období
je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány konkrétnímu unikátnímu pojištěnci zdravotní služby Poskytovatelem v hodnoceném období

m

HB_{hod}
 $PMPB_{ref}$

je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období
je hodnota bodu v hodnoceném období sjednaná v odst. (2) tohoto článku

je průměrný měsíční počet bodů unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtený jako:

$$PMPB_{ref} = \frac{RPB_{ref}}{\sum_{i=1..n} PMR_i}$$

kde:	
RPB_{ref}	je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za referenční období. Těmito body se rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů, ve znění účinném k 1.1.2019, do nichž nejsou započítány body za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.
PMR	je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány konkrétnímu unikátnímu pojištěnci zdravotní služby Poskytovatelem v referenčním období
n	je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období

Unikátním pojištěncem Pojišťovny se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený Poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec Pojišťovny Poskytovatelem v dané odbornosti ošetřen v příslušném roce vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny, ošetřených v dané odbornosti, pouze jedenkrát.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok **2019**.

Referenčním obdobím se rozumí rok **2017**.

- (4) Hodnotu $PMPB_{ref}$ (průměrný měsíční počet bodů na unikátního pojištěnce v referenčním období) sdělí Pojišťovna Poskytovateli do 120 dnů od počátku hodnoceného období.
- (5) Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 30 a méně pojištěnců, ustanovení odst. (3) tohoto článku se nepoužije, a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.
- (6) Pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb **ošetřovatelsky náročnému pojištěnci/pojištěncům** Pojišťovny a Pojišťovna toto odůvodnění uzná, nebude úhrada za tyto služby zahrnuta do výpočtu celkové výše úhrady pro Poskytovatele podle odst. (2) ani do výpočtu maximální výše úhrady pro Poskytovatele podle odst. (3) nebo odst. (7). Úhrada za vykázané zdravotní služby poskytnuté ošetřovatelsky náročnému pojištěnci/pojištěncům Pojišťovny bude provedena výkonovým způsobem s hodnotou bodu uvedenou v odst. (2) nad rámec úhrady vypočtené podle odst. (2) nebo podle odst. (3) nebo podle odst. (7). V případě stanovení celkové výše úhrady podle odst. (5) se odst. (6) nepoužije.
- (7) Smluvní strany se dohodly, že v případě výpočtu **maximální výše úhrady** způsobem sjednaným v odst. (3) bude dodržena sjednaná minimální průměrná hodnota bodu v hodnoceném období ($MPHB_{hod}$) v částce ve výši 0,77 Kč. V případě, že průměrná hodnota bodu v hodnoceném období (PHB_{hod}), která se vypočte jako:

$$PHB_{hod} = \frac{MAXU_{hod}}{PB_{hod}}$$

kde:	
PHB_{hod}	je průměrná hodnota bodu v hodnoceném období
$MAXU_{hod}$	je maximální úhrada v hodnoceném období
PB_{hod}	je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za hodnocené období

bude nižší, než sjednaná minimální průměrná hodnota bodu v hodnoceném období, nepoužije se výpočet maximální výše úhrady ($MAXU_{hod}$) způsobem sjednaným v odst. (3) a maximální výše úhrady ($MAXU_{hod}$) bude stanovena jako:

$$MAXU_{hod} = PB_{hod} \times MPHB_{hod}$$

kde:	
$MAXU_{hod}$	je maximální úhrada v hodnoceném období
PB_{hod}	je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za hodnocené období
$MPHB_{hod}$	je sjednaná minimální průměrná hodnota bodu v hodnoceném období

Pojišťovna se zavazuje provést v konečném vyúčtování dle odst. (9) výpočet průměrné hodnoty bodu v hodnoceném období (PHB_{hod}).

- (8) Podmínkou plné úhrady je splnění personálního obsazení a přístrojového vybavení dle seznamu výkonů. Za splnění podmínky personálního obsazení dle seznamu výkonů se považuje provedení zdravotního výkonu nositelem výkonu S3, tj. všeobecnou sestrou se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí, nebo S2, tj. všeobecnou sestrou, dětskou sestrou nebo praktickou sestrou, v rozsahu činností stanovených vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Za splnění podmínky přístrojového vybavení dle seznamu výkonů se považuje vlastnictví přístroje či oprávnění disponovat přístrojem, jehož pomocí se dle vyhlášky č. 134/1998 Sb. provádí příslušný zdravotní výkon v odbornosti 913.
- (9) Je-li mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou nasmlouván výkon 06648 - BONIFIKAČNÍ VÝKON ZA PRÁCI SESTRY V NEPŘETŘŽITÉM NEBO TŘÍSMĚNNÉM PRACOVNÍM REŽIMU, nebude úhrada za tento zdravotní výkon zahrnuta do výpočtu celkové výše úhrady pro Poskytovatele podle odst. (3) ani do výpočtu maximální výše úhrady pro Poskytovatele podle odst. (3) nebo odst. (7). Úhrada za výkon 06648 bude provedena výkonovým způsobem s hodnotou bodu ve výši 1,10 Kč.

- (10) Pojišťovna poskytne Poskytovateli **měsíční předběžnou úhradu**, jejíž výše pro rok 2019 činí **82 000 Kč**. Jestliže není údaj o výši předběžné úhrady pro příslušné období uveden, není tato sjednána a Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu ve výši hodnoty Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných zdravotních služeb za příslušný kalendářní měsíc ohodnocených podle vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, s hodnotou bodu sjednanou v odst. (2).
- (11) Základním **fakturačním obdobím je kalendářní měsíc**. Poskytovatel předkládá Pojišťovně fakturu za poskytnuté zdravotní služby a individuální doklady s vyplněným průvodním listem dávky v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Úhrada za vykázané a Pojišťovnou uznané zdravotní služby bude prováděna měsíčně dle Smlouvy. Konečné vyúčtování za rok 2019 bude provedeno do 150 dnů od konce hodnoceného období z dat předaných do 31. 3. 2020.
- (12) Pokud vznikne přeplatek Pojišťovny, bude Poskytovateli o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnuté zdravotní služby po předchozí písemné informaci.

II.

- (1) Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a uzavírá se na dobu určitou do 31. 12. 2019.
- (2) Tento dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

V dne

.....
razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovatele

tento dokument byl podepsán oprávněným zástupcem Pojišťovny
zaručeným elektronickým podpisem založeným na kvalifikovaném certifikátu