



**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**
IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207
Zástupce : **Ing. Ladislav Friedrich, CSc.**
generální ředitel
se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 21 Praha 4
zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze oddíl A, vložka 7232
Bankovní spojení: Komerční banka, a.s.,
č.ú.:10006-18432071/0100
(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné a

22/1
8136/127

Sociální služby Vsetín, příspěvková organizace

Záviše Kalandry 1353

755 01 Vsetín 1

Poskytovatel ²⁾ : Sociální služby Vsetín, příspěvková organizace		
IČ : 49562827	Specifikace ¹⁾ :	IČZ ³⁾ : 94250000
Sídlo : Záviše Kalandry 1353 Vsetín 1		IČP ³⁾ : PSČ : 755 01
Zástupce : Mgr. Michaela PAVLŮSKOVÁ		

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé
uzavírají po dohodě tento

DODATEK SOCSL 2016

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **ošetřovatelské péče v odbornosti 913** hrazené z veřejného zdravotního pojištění a poskytnuté **v roce 2016** Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast zdravotní péče (dále jen „zahraniční pojištěnec“), v případě, že se pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.
- Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotních služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 6, z května 2010.
- V návaznosti na článek I. odst. 2 tohoto Dodatku se Poskytovatel zavazuje, že vykáže zdravotní služby poskytnuté zahraničním pojištěncům v souladu s metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví, publikovaným ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 6, z května 2010, a to samostatnou fakturou a dávkou. Přílohou vyúčtování musí být vyplněné „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ s tím, že „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ není nutné dokládat v případě, že se zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

- Smluvní strany se dohodly, že **ošetřovatelská péče** poskytovaná Poskytovatelem podle § 22 písm. d) a písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, **v odbornosti 913** vyúčtované dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), bude v roce 2016 **hrazena dle vyhlášky č. 273 / 2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu 1,02 Kč / bod.**
- Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2016 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

POPzpo x PUROo x 103 , kde

POPzpo je počet unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období.
PUROo je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného Poskytovatelem v referenčním období.

- U Poskytovatele, který ošetřil v referenčním období 10 a méně pojištěnců, nepoužije Zdravotní pojišťovna omezení celkové úhrady uvedené v bodě 2.
- Referenčním obdobím uvedeným v bodě 2 a 3 se rozumí rok 2015 a hodnoceným obdobím se rozumí rok 2016.
- Zdravotní služby vyúčtované Poskytovatelem budou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vyúčtuje menší objem poskytnutých zdravotních služeb než je výše maximální měsíční předběžné úhrady, bude Poskytovateli v daném měsíci zaplacen výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Poskytovatel v dalším měsíci vyúčtuje vyšší objem poskytnutých zdravotních služeb, bude výše maximální měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

Maximální měsíční předběžná úhrada pro rok 2016

Kč

V případě, že nejsou uvedeny hodnoty, bude Poskytovatel předběžně hrazen výkonovým způsobem úhrady podle Seznamu zdravotních výkonů.

- Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby ošetřovatelské péče v odbornosti 913 poskytnuté v roce 2016 se považují zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od 1.1.2016 do 31.12.2016, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2017.
- V návaznosti na termíny pro vyúčtování zdravotních služeb uvedené v předchozím ustanovení se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a maximální úhrady dle předchozích ustanovení za rok 2016 nejpozději do 120 dnů po skončení roku 2016 s tím, že případné srážky si započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
- Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude postupovat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tento závazek ze strany Poskytovatele splněn, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu, nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Jméno Poskytovatele dle údajů v Obchodním rejstříku, živnostenském rejstříku event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená Poskytovateli uveďte ve zvláštní příloze

III.

1. Smluvní strany konstatují, že Smlouvou, ve smyslu tohoto Dodatku, je dříve uzavřená příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
2. Vztahy, které nejsou výslovně upraveny tímto Dodatkem, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy.
3. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí platné Smlouvy.
4. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinností dnem zveřejnění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
5. Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, a zejména způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v tomto Dodatku, se použijí pro období od 1.1.2016 do 31.12.2016.
6. Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejích příloh, změn a všech dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny Poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb, bude zveřejněna na základě zákonem uložené povinnosti Zdravotní pojišťovny.
7. Smluvní strany se dohodly, že v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním.
8. Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované v souvislosti s plněním Smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.
9. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
10. Smluvní strany stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí.
11. Za Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
12. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude Dodatek uzavřen cestou datových schránek způsobem uvedeným v článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

V Praze

dne

V

_____ dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele