

## Dodatek č. 2022001 ke Smlouvě č. 31722/18 o poskytování a úhradě zdravotních služeb (dále jen "Smlouva")

(dále jen Dodatek)

kteřý uzavřely na úhradu zdravotních služeb v roce 2022 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 Michálkovická 967/108, 710 00 Slezská Ostrava

IČ: 1

jejímž jménem jedná ..... MBA, výkonný ředitel  
(dále jen „Pojišťovna“ nebo „RBP“)

a

Název, příp. jméno a příjmení: **Domov Magnolie, Ostrava - Vítkovice, příspěvková organizace**

Se sídlem: **70300 Ostrava, Sirotčí 474/56**

Zastoupen:

IČ:

IČZ: **91997240**

(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. 2022 do 31. 12. 2022 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, 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 2022 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 1,23 Kč. V případě, že podíl počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 - I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.
- (3) Celková výše úhrady uhrazené Poskytovateli nepřekročí maximální výši úhrady, která se vypočte následujícím způsobem:

$$MAXU_{hod} = \left\{ PMPB_{ref} \times \sum_{i=1..m} PMS_i \times HB_{hod} \times 1,20 \right\}$$

kde:

$MAXU_{hod}$  je maximální úhrada v hodnoceném období. Do maximální úhrady nebudou zahrnuty výkony 06620, 06624, 06632 a 06641, které budou uhrazeny výkonovým způsobem s hodnotou bodu sjednanou v odst. (2) tohoto článku.

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

$m$  je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období

$HB_{hod}$  je hodnota bodu v hodnoceném období sjednaná v odst. (2) tohoto článku

$PMPB_{ref}$  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 1.1.2022, 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 Pojišťovnou 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 2022.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2019.

- (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) Pro hrazené služby podle odst. (1) tohoto článku poskytované zahraničním pojištěncům a pro poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 30 a méně pojištěnců, se ustanovení odst. (3) tohoto článku nepoužije, a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu sjednanou v odst. (2) tohoto článku.
- (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 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 sjednanou v odst. (2) nad rámec úhrady vypočtené podle odst. (3) nebo podle odst. (7).
- (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 0,93 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 dle odst. (3) tohoto článku

$PB_{hod}$  je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za hodnocené období po odečtení počtu bodů za výkony 06620, 06624, 06632 a 06641

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:

$$MAXU_{hod} = \{(PB_{hod} \times MPHB_{hod}) + (PB_{nové} \times HB_{hod})\}$$

kde:

$MAXU_{hod}$  je maximální úhrada v hodnoceném období

$PB_{hod}$  je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za hodnocené období po odečtení počtu bodů za výkony 06620, 06624, 06632 a 06641

$MPHB_{hod}$  je sjednaná minimální průměrná hodnota bodu v hodnoceném období

$PB_{nové}$  počet bodů za výkony 06620, 06624, 06632 a 06641 Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných za hodnocené období

Pojišťovna se zavazuje provést v konečném vyúčtování dle odst. (10) výpočet průměrné hodnoty bodu v hodnoceném období ( $PHB_{hod}$ ).

- (8) Podmínkou úhrady za poskytnuté zdravotní služby je splnění personálního obsazení a přístrojového vybavení dle seznamu výkonů.

- (9) Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu, jejíž výše pro rok 2022 činí --. 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 ve výši 1,23 Kč. Nárok na měsíční předběžnou úhradu nemůže být předmětem postoupení či zastavení pohledávky bez předchozího písemného souhlasu Pojišťovny.
- (10) Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskyvatel 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 2022 bude provedeno do 150 dnů od konce hodnoceného období z dat předaných do 31. 3. 2023.
- (11) Pokud vznikne přeplatek Pojišťovny, bude Poskytovateli o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnuté zdravotní služby po předchozí písemné informaci.
- (12) Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09115 podle Seznamu zdravotních výkonů, vykázaný u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle MKN-10, se Poskytovateli navýší úhrada o 100 Kč. Tato navýšená úhrada se nezapočítává do výpočtu maximální úhrady pro Poskytovatele podle odst. (3) nebo odst. (7).

## II.

- (1) Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a uzavírá se na dobu určitou do 31. 12. 2022.
- (2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto dodatku od 1.1.2022 do zveřejnění tohoto dodatku, pokud souvisejí s plněním tohoto dodatku, a že na takovém základě uznávají tento dodatek za platný a účinný i pro uvedené období.
- (3) Tento dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. Pokud je tento dodatek podepisovaný elektronicky, je vyhotoven v jednom stejnopise podepsaném elektronicky oběma smluvními stranami.

v Ostravě dne 11.4.2022

.....  
razítko a podpis oprávněného  
zástupce Poskytovatele

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