

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
České republiky, IČO: 47114304
se sídlem v Praze 3, 130 00, Vinohradská 2577/178
Kód pojišťovny: 211
(Obchodní rejstřík: Městský soud Praha A/7216)

zastoupená: Mgr. Jiřím Zmatlíkem, MHA
ředitelem divize Čechy
kontaktní adresa: Hruškova 1812/8
320 65 Plzeň

(dále jen "Pojišťovna")

a

Poskytovatel zdravotních služeb

G - centrum Tábor
Kpt. Jaroše 2958
390 03 Tábor 3

IČO poskytovatele zdravotních služeb: 67189393
IČZ poskytovatele zdravotních služeb: 39501000
Interní označení poskytovatele zdravotních služeb: 67189393

(dále jen "Poskytovatel")

DODATEK SOČ/2024 KE ZVLÁŠTNÍ SMLOUVĚ O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE č. 67189393 na rok 2024

Shora označené smluvní strany vědomy si skutečnosti, že Ústavní soud České republiky ve svém Nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/16, ze dne 13. 12. 2016, zveřejněném ve Sbírce zákonů částce 2/2017 ze dne 13. ledna 2017, konstatoval, že Ministerstvo zdravotnictví nemá zákonné zmocnění formou úhradové vyhlášky regulovat úhrady za zdravotní služby poskytované v zařízeních pobytových sociálních služeb, se dohodly, že hrazené služby poskytované pobytovým zařízením sociálních služeb v roce 2024 budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Zvláštní smlouvě o poskytování a úhradě ošetřovatelské péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové služby (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Ošetřovatelská péče poskytovaná pojištěncům Pojišťovny v zařízení sociálních služeb poskytujícímu pobytové služby bude v roce 2024 hrazena výkonovým způsobem podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), s hodnotou bodu ve výši 1,34 Kč.
- 2) V případě, že podíl počtu Poskytovatelem 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 za výkony Poskytovateli nepřekročí maximální výši úhrady, která se vypočte následujícím způsobem:

$$\max (PMUP_{ref} * \sum_{i=1..m} PUM_{ho,j} * 1,28 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho})$$

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány konkrétnímu unikátnímu pojištěnci zdravotní služby Poskytovatelem v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2024.

KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu Poskytovatelem 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 Poskytovatelem ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

- PB_{ho} je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období.
- HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 1,07 Kč.
- KP_{ho} je hodnota korunových položek v hodnoceném období.
- m je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období.
- $PMUP_{ref}$ je průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = U_{hr_{ref}} / \sum_{i=1..n} PUM_{ref,i}$$

kde:

- $U_{hr_{ref}}$ je celková realizovaná úhrada Poskytovateli za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v referenčním období kromě úhrady zdravotních služeb za očkování a testování v souvislosti s onemocněním COVID-19. Referenčním obdobím se rozumí rok 2022.
- $PUM_{ref,i}$ 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.

- 4) Pokud Poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně unikátním pojištěncům Pojišťovny, ustanovení bodu 3 se nepoužije a tyto hrazené služby se hradí podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., s hodnotou bodu ve výši dle bodů 1 a 2.
- 5) Pojišťovna se zavazuje uhradit Poskytovateli uznané náklady hrazených služeb poskytnutých jejím pojištěncům v roce 2024, vykázaných podle tohoto Dodatku dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., zálohovou hodnotou bodu ve výši 1,34 Kč. Finanční vypořádání hrazených služeb dle bodu 2 až 3 bude provedeno do 30. 06. 2025.
- 6) Pro vykazování ošetrovatelské péče poskytnuté pojištěncům Pojišťovny umístěným v zařízení sociálních služeb poskytující pobytové služby platí následující pravidla:
 - a) zařízení sociálních služeb poskytující pobytové služby má přiděleno samostatné IČZ,
 - b) hrazené služby vykazuje na IČP v odbornosti 913 (ošetrovatelská péče v sociálních službách), na ambulancích dokladech VZP-06 (Poukaz na vyšetření/ošetření), VZP-03 (Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky), které tvoří přílohy faktury.
- 7) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2024 nejpozději do 31. 03. 2025. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 31. 03. 2025 do finančního vypořádání dle bodu 2 až 3.
- 8) U Poskytovatele, u kterého nelze výši hodnot referenčního období stanovit z důvodu, že v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž poskytoval unikátním pojištěncům Pojišťovny hrazené služby, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 3) tohoto článku Dodatku průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných poskytovatelů. Hodnota referenční průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce stanovená v souladu s větou první je uvedena v Příloze č. 1 k Dodatku/2024. V případě, že Poskytovatel v referenčním období vykázal alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům Pojišťovny poskytovány hrazené služby, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady podle odst. 3 tohoto článku Dodatku údaje Poskytovatele za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.“
- 9) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2024 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Zvláštní smlouvě o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek 2

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států EU, ESVO, Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku a pojištěncům krytým mezinárodní smlouvou, kterou je ČR v oblasti zdravotního pojištění vázána (dále jen „zahraniční pojištěnci“), se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za zahraniční pojištěnce Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů a v souladu s přímo použitelnými předpisy EU (Nařízení EP a Rady (ES) č. 883/2004 a č. 987/2009 a Nařízení EP a Rady (EU) č. 1231/2010), dále v souladu s metodickými pokyny Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011 a dále v souladu se souvisejícími ustanoveními uvedenými v Cenovém předpisu Ministerstva zdravotnictví platném a účinném ke dni poskytnutí zdravotní služby zahraničnímu pojištěnci Pojišťovny.

- 2) Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům dle bodu 1 tohoto článku se nepoužijí ustanovení bodu 2 až 3 článku 1 tohoto Dodatku a tyto budou hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,36 Kč.
- 3) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pojištěnce v případě zahraničního pojištěnce, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace u Pojišťovny, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 7.00 hodin do 14.00 hodin (v pátek od 7.00 hodin do 12.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 3

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2024, ne však dříve než od data účinnosti Zvláštní smlouvy o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové služby, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho uveřejnění.
- 3) Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení. Pro Poskytovatele bez plnohodnotného referenčního období je součástí Dodatku Příloha č. 1 Dodatku/2024.
- 4) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 5) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 6) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 7) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí řádně podepsaný Dodatek neprodleně zpět do datové schránky Pojišťovny (**9swaix3**), nejpozději však do 30. 11. 2024. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 8) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu

