



č.j.: 6/65/692478-2024-1

G - centrum Tábor
Kpt. Jaroše 2958
390 03 Tábor

Dodatek č. Z/SL/2024

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem Praha 9, Drahobejlova 1404/4, PSČ 190 03

IČO: 47114975

zastoupená na základě pověření generálního ředitele

Mgr. Ilona Lískovcová Ph.D., MBA, ředitelka pobočky VoZP-ČR, Pobočka České Budějovice

adresa: České Budějovice 7, Lidická tř. 2331/6a, PSČ 370 01

telefon: 387 783 136, e-mail: zkropikova@vozp.cz, datová schránka: mg4f5th

(dále jen „Pojišťovna“)

a

G - centrum Tábor

se sídlem: Tábor, Kpt. Jaroše 2958, PSČ 390 03

IČO: 67189393, IČZ: 39501000

zastoupený

(dále jen „Poskytovatel“)

uzavírají dodatek ke Zvláštní smlouvě o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby č. 060003707

(dále jen „Dodatek/Smlouva“) pro: **zvláštní ambulantní péče v pobytovém zařízení**

Článek I.

- Shora označené smluvní strany se dohodly v souladu s ustanovením § 17a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), že úhrada hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem v oboru **zvláštní ambulantní péče poskytovaná podle § 22 písm. e) Zákona v zařízeních pobytových sociálních služeb (odbornost 913)** pojištěncům Pojišťovny v období **od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024** (dále jen „hodnocené období“) bude provedena podle dále uvedených ujednání.
- Seznamem výkonů se rozumí vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Mezinárodní klasifikací nemocí se rozumí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v jejím aktuálním znění.
- Unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec Pojišťovny, který byl Poskytovatelem v hodnoceném období nebo referenčním období ošetřen alespoň jednou. Pokud byl pojištěnec Poskytovatelem ošetřen v hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny pouze jednou.
- V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počet unikátních pojištěnců spočte jako součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců Pojišťovny se započítává pouze jednou.
- Referenčním obdobím se rozumí rok 2022.

Článek II.

- Výše úhrady se sjednává podle seznamu výkonů úhradou za Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané výkony s hodnotou bodu ve výši **1,34 Kč**.
- 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 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu Poskytovatelem ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, bude hodnota bodu navýšena o 0,02 Kč.

3. Celková výše úhrady Poskytovateli v hodnoceném období nepřekročí částku, která se vypočte takto:

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

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet Poskytovatelem vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly unikátnímu pojištěnci j poskytovány hrazené služby v hodnoceném období,
 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 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu Poskytovatelem ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1,00 v ostatních případech,
 PB_{ho} je počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období,
 HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se sjednává ve výši 1,07 Kč,
 ZUM_{ho} je hodnota Poskytovatelem vykazaného a Pojišťovnou uznaného zvlášť účtovaného materiálu v hodnoceném období,
 $ZULP_{ho}$ je hodnota Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných zvlášť účtovaných léčivých přípravků v hodnoceném období,
 $\max_j$ je funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší, nabývá hodnot 1 až m , kde m je počet unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období,
 $PMUP_{ref}$ je průměrná měsíční úhrada Poskytovateli za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1..n} PUM_{ref,i}}$$

kde:

Uhr_{ref} je úhrada Poskytovateli za výkony, zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v referenčním období,
 $PUM_{ref,i}$ je počet Poskytovatelem vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly unikátnímu pojištěnci i poskytovány hrazené služby v referenčním období,
 i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet unikátních pojištěnců ošetřených Poskytovatelem v referenčním období.

- Pokud Poskytovatel v hodnoceném nebo referenčním období poskytl hrazené služby 30 a méně pojištěncům Pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 se nepoužije.
- Do referenčního období budou zahrnuty dávky Poskytovatelem vykazané do 31. 3. 2023 a Pojišťovnou uznané do 31. 5. 2023. Do hodnoceného období budou zahrnuty dávky Poskytovatelem vykazané do 31. 3. 2025 a Pojišťovnou uznané do 31. 5. 2025.
- Referenční hodnoty mohou být Pojišťovnou upraveny v případech, kdy došlo ke změnám v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb nebo byla na základě kontrolní činnosti Pojišťovny část vykázaných hrazených služeb odmítnuta. Při výpočtu vyúčtování budou použity hodnoty platné ke dni výpočtu.
- U Poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo je poskytoval pouze v části referenčního období kratší než 3 kalendářní měsíce, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3 referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. V případě, že Poskytovatel v referenčním období poskytoval hrazené služby alespoň 3 kalendářní měsíce, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady podle bodu 3 referenční hodnoty Poskytovatele.
- Předběžná měsíční úhrada se sjednává ve výši hodnoty Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc ohodnocených podle seznamu

výkonů s hodnotou bodu ve výši **1,34 Kč**. Navýšení úhrady podle bodu 2 Poskytovatel obdrží ve vyúčtování úhrady hrazených služeb za hodnocené období.

9. Předběžné úhrady budou finančně vypořádány nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.

Článek III.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady a ročního finančního vypořádání.
2. Hrazené služby poskytnuté před hodnoceným obdobím budou vykazovány samostatnou dávkou a samostatnou fakturou. Pro jejich úhradu platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly poskytnuty.

Článek IV.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou s dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši **1,36 Kč**. Výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3 článku II se pro hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům nepoužije.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec podle § 1 vyhlášky č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024.

Článek V.

1. Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
2. Způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení sjednané v Dodatku se použijí pro hodnocené období.
3. Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem na adresu VoZP ČR, Centrální pracoviště III, Banskobystrická 40, Brno, PSČ 621 00. V případě pochybností je rozhodující datum uvedené na podacím razítku Pojišťovny.
4. Pokud Poskytovatel jím podepsaný Dodatek nedoručí **nejpozději do 31. 12. 2024**, platnost návrhu na uzavření Dodatku zaniká. Smluvní strany v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
5. Dodatek nabývá účinnosti dnem zveřejnění podle § 17 odst. 9 Zákona. Poskytovatel bere na vědomí, že Pojišťovna Dodatek podle Zákona zveřejní.
6. Smluvní strany prohlašují, že Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání související s plněním Dodatku učiněná též v období od 01.01.2024 do doby nabytí účinnosti. Na takovém základě uznávají Dodatek za platný a účinný po celé uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
7. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

Pokud souhlasíte, doručte jedno Vámi podepsané vyhotovení Dodatku na adresu: VoZP ČR, Centrální pracoviště III, Banskobystrická 40, Brno, PSČ 621 00. Druhé Vámi podepsané vyhotovení si ponechte.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek je uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

V TABOŘE dne 21. 3. 2024

V Českých Budějovicích dne 20.03.2024

