

**Dodatek č. 3 ke Smlouvě č. 29701/15
o poskytování a úhradě zdravotních služeb (dále jen "Smlouva")**

(dále jen Dodatek)

který uzavřely na úhradu zdravotních služeb v roce 2017 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 vyhláškou č. 348/2016 Sb. (dále jen „vyhláška“) a dalšími právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění tyto

Smluvní strany

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, se sídlem Ostrava – Slezská
Ostrava, Michálkovická 108, 710 15, IČ: 47673036, kód ZP: 213
jednající Ing. Lubomírem Káňou, ředitelem
(dále jen „**Pojišťovna**“ nebo „**RBP**“)

a

Název, příp. jméno a příjmení: **ANAVITA a.s.**

Se sídlem: **12000 Praha, Vinohrady, Italská 753/27**

Zastoupen: **Robert Sekera, Anton Kellner**

IČ: **24128325**

IČZ: **89100110**

(dále jen „**Poskytovatel**“)

I.

Úhrada zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých pojištěncům Pojišťovny umístěným ve zdravotnickém zařízení Poskytovatele z jiných než zdravotních důvodů a pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb v období od 1. 1. 2017 do 31. 12. 2017 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. c) a 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 2017 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 1,02 Kč.
- (3) Celková výše úhrady uhrazené Poskytovateli nepřekročí maximální výši úhrady, která se vypočte následujícím způsobem:

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 2017.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2015.

- (4) S ohledem na skutečnost, že hodnoty dosažené Poskytovatelem v referenčním období nejsou, z důvodu naplňování kapacity zařízení Poskytovatele, pro výpočet maximální výše úhrady v hodnoceném období relevantní, dohodly se smluvní strany, že pro účely stanovení maximální výše úhrady podle odst. (3) činí průměrný měsíční počet bodů na unikátního pojištěnce v referenčním období (PMPB_{ref}) **4 510** bodů.
- (5) Pokud Poskytovatel ošetřil v hodnoceném období 10 a méně pojištěnců, stanoví se hodnota bodu ve výši 1,02 Kč s tím, že se ustanovení odst. (3) tohoto článku nepoužije.
- (6) Pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb ošetřovatelsky náročnému pojištěnci/pojištěncům Pojišťovny, 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). 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). V případě stanovení celkové výše úhrady podle odst. (5) se odst. (6) nepoužije.
- (7) Pro výkon dopravy hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,96 Kč pro Poskytovatele poskytujícího zdravotní služby v nepřetržitém provozu a ve výši 0,81 Kč pro Poskytovatele, které neposkytuje zdravotní služby v nepřetržitém provozu.
- (8) Podmínkou plné úhrady je splnění personálního obsazení a přístrojového vybavení dle seznamu výkonů.
- (9) Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu, jejíž výše pro rok 2017 činí **12 600 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).
- (10) 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 2017 bude provedeno do 180 dnů od konce hodnoceného období z dat předaných do 31. 3. 2018.
- (11) Pokud vznikne přeplatek Pojišťovny, bude Poskytovateli o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnuté zdravotní služby po předchozí písemné informaci.

II.

- (1) Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a uzavírá se na dobu určitou do 31. 12. 2017.
- (2) 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
v souladu se zákonem č. 227/2000 Sb. o elektronickém podpisu