
**Dodatek č. 2018001 ke Smlouvě č. 31614/18
o poskytování a úhradě zdravotních služeb (dále jen "Smlouva")**

(dále jen Dodatek)

který uzavřely na úhradu zdravotních služeb v roce 2018 níže uvedeného dne, měsíce a roku podle ustanovení § 1746 občanského zákoníku, ve smyslu § 17a 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

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

a

Název, příp. jméno a příjmení: **Domov Dolní zámek**

Se sídlem: **54957 Teplice nad Metují, náměstí Aloise Jiráska 44**

Zastoupen: **Kušlová Dagmar, ředitelka**

IČ: **71194011**

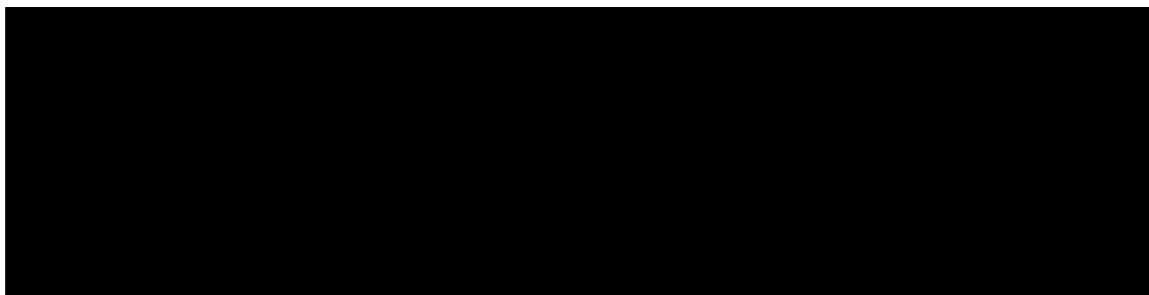
IČZ: **64754000**

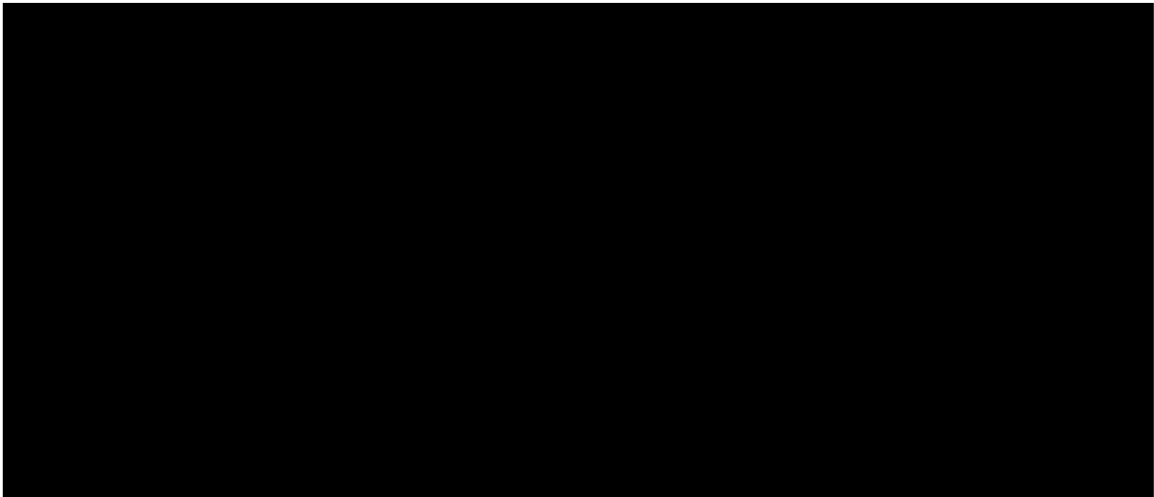
(dále jen „**Poskytovatel**“)

I.

Úhrada zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění poskytnutých pojištěncům Pojišťovny umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018 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 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 2018 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 1,05 Kč.
- (3) Celková výše úhrady uhrazené Poskytovateli nepřekročí maximální výši úhrady, která se vypočte následujícím způsobem:





- (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) Pokud Poskytovatel ošetřil v hodnoceném období 30 a méně pojištěnců, ustanovení odst. (3) tohoto článku se nepoužije, a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,05 Kč .
- (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) Podmínkou plné úhrady je splnění personálního obsazení a přístrojového vybavení dle seznamu výkonů.
- (8) Pojišťovna poskytne Poskytovateli měsíční předběžnou úhradu, jejíž výše pro rok 2018 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 sjednanou v odst. (2).
- (9) 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 2018 bude provedeno do 180 dnů od konce hodnoceného období z dat předaných do 31. 3. 2019.
- (10) 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. 2018.

V dne

.....
razítko a podpis oprávněného
zástupce Poskytovatele

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