

Dodatek č. 20

ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 2A01Y476 ze dne 28. 12. 2012 (dále jen „Smlouva“)
(zvláštní ambulantní péče poskytovaná poskytovateli zvláštní lůžkové péče hospicového typu)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Nemocnice Mil. Sester sv. Karla Boromejského v Praze
Sídlo (obec):	Praha 1
Ulice, č. p., PSČ:	Vlašská 36, 118 33
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Jiří Veselka, MBA, ředitel
IČ:	73634085
IČZ:	01475000

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Praha, pobočka pro Hlavní město Prahu a Středočeský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M., pověřený řízením RP Praha
Doručovací adresa (obec):	Praha 1
Ulice, č.p., PSČ:	Na Perštýně 359/6, PSČ 110 01

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

Článek I.

- Smluvní strany tímto Dodatkem upravují **úhradu hrazených služeb, které nejsou smluvními stranami považovány za paliativní a symptomatickou léčbu osob v terminálním stavu** dle Preambule Dodatku č. 19 a jsou na základě Přílohy č. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřené pro IČP: 01475003 pojištěncům Pojišťovny poskytovány jako zvláštní ambulantní péče odpovídající § 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“).
- Dle tohoto Dodatku budou poskytnuté služby hrazeny pouze v tom případě, že při přijetí Pojištěnce do péče Poskytovatele byl dán důvodný předpoklad, že péče tomuto Pojištěnci poskytnutá bude odpovídat paliativní a symptomatické léčbě osob v terminálním stavu, ale poskytnuté zdravotní služby odpovídají svou povahou § 22 písm. c) ZVZP.
- Smluvní strany se v souladu s § 17 odst. 5 větou šestou ZVZP dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018 **nikoliv jako paliativní a symptomatická léčba osob v terminálním stavu** bude prováděna způsobem uvedeným v Článku II. tohoto Dodatku.

4. Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v Článku II. tohoto Dodatku upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 (dále jen „Vyhláška“). Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

Článek II.

1. Smluvní strany se dohodly, že pro zvláštní ambulantní péči odpovídající § 22 písm. c) ZVZP se stanoví výše úhrady podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Seznam výkonů“), úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu ve výši 1,05 č. Celková výše úhrady za výkony Poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$\max(\text{POPzp} \cdot \text{PUROo} \cdot 1,34; \text{PBho} \cdot \text{HBmin} + \text{KPho})$

kde:

POPzp je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období,
PUROo je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaných materiálů a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období,
PBho je celkový počet poskytovatelem vykázaných a ZP uznaných bodů v hodnoceném období,
HBmin je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 0,52 č.,
KPho je hodnota korunových položek v hodnoceném období,
max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

2. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo hrazené služby poskytoval pouze v části referenčního období, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
3. V případě, že poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům Pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle odst. 1. tohoto článku nepoužije, a tyto hrazené služby se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,05 č.
4. Referenčním obdobím se rozumí rok 2016, hodnoceným obdobím se rozumí rok 2018.
5. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu ve výši hodnoty Poskytovatelem poskytnutých a vykázaných a Pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný kalendářní měsíc. Předběžná měsíční úhrada bude vypočtena jako násobek počtu vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za výkony a hodnoty bodu 1,05 č. Předběžné měsíční úhrady jsou považovány za zálohy, které budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po dni skončení hodnoceného období.
6. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle seznamu výkonů se stanoví úhrada 30 č. Ma imální úhrada Poskytovateli za vykazané výkony č. 09543 podle Seznamu výkonů v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů č. 09543 podle Seznamu výkonů, ve znění účinném v roce 2014, vykázaných Pojišťovně v roce 2014.

U poskytovatele, který v roce 2014 neexistoval, vznikl v průběhu roku 2014 nebo neměl uzavřenu Smlouvu s Pojišťovnou, použije Pojišťovna počty výkonů č. 09543 srovnatelných poskytovatelů v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do ma imální výše úhrady za hrazené služby.

Článek III.

1. Zvláštní ambulantní péče poskytovaná ve smyslu § 22 písm. c) ZVZP v platném znění bude v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018 vykazována v souladu se Seznamem výkonů a Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR (dále jen „Metodika“).
2. Poskytovatel vykazuje zvláštní ambulantní péči podle platné Metodiky na ambulantních dokladech VZP-01/2009 a VZP-06orp/2009, které tvoří přílohu samostatné faktury.
3. Poskytovatel není oprávněn péči uvedenou v odstavci 1. tohoto článku vykázat k úhradě jako péči poskytovanou podle §22a ZVZP.

4. Předepisování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků se řídí právními předpisy upravujícími jejich poskytování v ambulantní péči.
5. Základní fakturační období je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě.
6. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. 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.
7. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2018 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto hrazených služeb platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Takto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

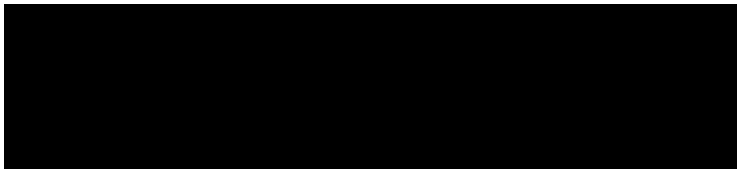
Článek IV.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 Vyhlášky.

Článek V.

1. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
2. Tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018.
3. Tento Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
4. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

Za Poskytovatele



Za Pojišťovnu

