

Dodatek č. 40 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 2T86N001 ze dne 28. 12. 2012 (dále jen „Smlouva“)
(hrazené služby lůžkové péče – dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (dále jen „DIOP“))

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace
Sídlo (obec):	Frýdek-Místek
Ulice, č.p., PSČ:	El. Krásnohorské 321, Frýdek, 738 01
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud Ostrava, oddíl Pr, vložka 938, dne 1. května 2004	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Tomáš Stejskal, ředitel
IČ:	00534188
IČZ:	86101000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Aleš Zbožínek, MBA, ředitel Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
Doručovací adresa (obec):	Ostrava
Ulice, č.p., PSČ:	Masarykovo náměstí 24/13, 702 00

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

Článek I.

Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb DIOP poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 9. 2018 do 31. 12. 2018 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 353/2017 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 (dále jen „Vyhláška“).

Článek II.

1. Hrazené služby uvedené v Článku I. poskytnuté pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 9. 2018 do 31. 12. 2018 budou vykazovány následujícím způsobem:

- a) kódem výkonu ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „OD DIOP“) uvedeným ve vyhlášce č. 137/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „seznamu výkonů“) určeným pro pracoviště poskytující DIOP výhradně na lůžkách s tímto statutem (smluvní odbornost 7U8); k hodnotě OD DIOP bude přiřazena reže k OD v bodové hodnotě stanovené seznamem výkonů.

- b) kódy výkonů klinických vyšetření pro příjmové a propouštěcí vyšetření (cílené a komplexní) provedené lékařem příslušné odbornosti uvedenými v seznamu výkonů.
2. Hrazené služby DIOP poskytované pojištěncům v období od 1.9.2018 do 31.12.2018 budou hrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč za bod.

Článek III.

1. Poskytnutou DIOP Poskytovatel vykazuje OD DIOP 00020, jehož bodová hodnota činí 2201 bodů.
2. OD 00020 vykazuje Poskytovatel na jednoho pojištěnce nejdéle 190 dní, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko DIOP (vč. lůžka jiného poskytovatele, z něž je pojištěnec přeložen na lůžko Poskytovatele), včetně překladů na jiné pracoviště DIOP Poskytovatele nebo i jiného poskytovatele DIOP s platností od 1. 1. 2017. DIOP poskytnutou pojištěnci od 191. dne hospitalizace je Poskytovatel oprávněn Pojišťovně vykázat k úhradě jen se souhlasem revizního lékaře.
3. Překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem revizního lékaře.
4. V rámci úhrady DIOP jsou hrazeny veškeré nezbytné diagnostické procesy, medicínské intervence (včetně weaningu, je-li pacient připojen na ventilátor), farmakoterapie, psychoterapie, ošetrovatelský proces, rehabilitace (fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie, logopedie), léčebný režim, vedení zdravotnické dokumentace.

Článek IV.

Pracoviště DIOP poskytuje v souladu s § 9 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči pojištěncům s poruchou základních životních funkcí, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje. Pracoviště slouží pro přechod pojištěnců z následné intenzivní péče (dále jen „NIP“) do standardní následné lůžkové péče nebo do domácího prostředí a rovněž zabezpečuje hospitalizaci dlouhodobého charakteru pro apaliky, jestliže jejich klinický stav vyžaduje indikaci výše popsané péče. Není určeno pro pojištěnce, u kterých při hospitalizaci v následné lůžkové péči došlo ke zhoršení zdravotního stavu.

Článek V.

Smluvní strany se dohodly na následujících kritériích pro vykazování a úhradu OD DIOP. OD DIOP bude Poskytovatelem vykázán a Pojišťovnou uhrazen, pokud je DIOP poskytnuta za podmínky, že:

- a) zdravotní služby bezprostředně navazují na služby poskytované jako intenzivní péče akutní (ARO/JIP) či následná intenzivní péče (NIP/ NVP) a
- b) zdravotní služby byly poskytnuty pojištěnci s poruchou základních životních funkcí, jehož zdravotní stav nebylo možné léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče by se zhoršoval a vyžaduje dlouhodobou ošetrovatelskou péči.

Článek VI.

1. Výkon hradí Pojišťovna pouze tehdy, byl-li naplněn celý jeho obsah, vč. kritérií pro přijetí, vykazování a úhradu OD.
2. Nedílnou součástí každého výkonu je dle platných právních předpisů čitelný, průběžný a průkazný záznam (lékařů, včetně ošetrovatelského personálu a fyzioterapeutů) o poskytnutých hrazených zdravotních službách ve zdravotnické dokumentaci pojištěnce.
3. Každý takovýto záznam musí být opatřen datem, časem, identifikací a podpisem osoby, která výkon provedla.
4. Odůvodněnost indikace statimových vyšetření stejně jako případná indikace konziliárních vyšetření, či laboratorních výkonů a vyšetření komplementu musí jednoznačně vyplývat ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci.

5. K úhradě z veřejného zdravotního pojištění lze indikovat pouze ty laboratorní výkony a výkony komplementárních vyšetření, které nejsou obecně agregovány do výkonů OD dle seznamu výkonů.
6. Nelze indikovat zdravotní výkony odbornosti 901 a 902; činnost psychologa a fyzioterapeuta je zakalkulována ve výkonu OD.
7. Vzhledem k charakteru DIOP (intenzivní péče) je v souladu se seznamem výkonů kategorie pacienta rovna 1.
8. Nelze vykazovat ZUM.
9. Jako ZULP lze vykázat pouze přípravky, jejichž úhrada formou ZULP je povolena pro poskytování péče na ošetrovatelském lůžku.
10. Poskytovatel je povinen zajistit okamžitou dostupnost v rámci zdravotnického zařízení: laboratoř klinické biochemie, radiodiagnostika (rtg), anesteziolog.
11. Poskytovatel je povinen zajistit dostupnost formou konziliární služby: chirurgie, interna, neurologie, mikrobiologie.

Článek VII.

1. Základní fakturační období je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu předložených faktur formou měsíční úhrady.
2. 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. V případě nedoplatku bude Poskytovateli příslušná částka poukázána při úhradě hrazených služeb nebo samostatnou platbou.
3. 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 VIII.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům vykazuje Poskytovatel samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.
2. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny; tyto hrazené služby se nezahrnují do regulačních omezení.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

Článek IX.

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. 9. 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.