

Dodatek č. 16 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 1804Y001 ze dne 6.12.2018 (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">nezapíše se | |
| Zastoupený (jméno, funkce): | S.M.Radima Mgr. Jana Ivančicová, ředitelka a předseda správní rady MUDr. Jan Švejda, místopředseda správní rady |
| 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 Hl. město Prahu a Středočeský kraj | |
| Zastoupená (jméno a funkce): | |
| Doručovací adresa (obec): | Praha 1 |
| Ulice, č.p., PSČ: | Na Perštýně 359/6, 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. 15 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. 2023 do 31. 12. 2023 **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. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023 (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 1,28 Kč.
2. V případě, že podíl počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 - C97, E10.3 - E10.7, E11.3 - E11.7, F00 - F99, G09 - G99 nebo I60 - I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.
3. Celková výše úhrady za výkony Poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\max\{PMUP_{ref} * (\sum_{j=1...m} PUM_{ho,j}) * 1,20 * KN; PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\}$$

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci j zdravotní služby v hodnoceném období,

KN koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 - C97, E10.3 - E10.7, E11.3 - E11.7, F00 - F99, G09 - G99 nebo I60 - I69 na celkovém počtu ošetřených a Pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1,00 v ostatních případech,

PB_{ho} je celkový počet Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za výkony odpovídající § 22 písm. c) ZVZP v hodnoceném období,

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 1,03 Kč,

KP_{ho} je hodnota korunových položek v hodnoceném období,

\max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší,

j nabývá hodnot 1 až m , kde m je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období

$PMUP_{ref}$ průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

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

kde:

UHR_{ref} celková úhrada Poskytovateli za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v referenčním období,

$PUM_{ref,i}$ počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci i zdravotní služby v referenčním období,

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období.

4. U Poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že Poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž byly poskytovány unikátním pojištěncům hrazené služby odpovídající § 22 písm. c) ZVZP, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady referenční hodnoty hrazených služeb srovnatelných poskytovatelů.
5. V případě, že Poskytovatel vykázal v referenčním období alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům poskytovány hrazené služby odpovídající § 22 písm. c) ZVZP, použije Pojišťovna pro účely

výpočtu celkové výše úhrady údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby odpovídající § 22 písm. c) ZVZP poskytovány.

6. Pokud Poskytovatel poskytl v hodnoceném nebo v referenčním období hrazené služby odpovídající § 22 písm. c) ZVZP 30 a méně pojištěncům Pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle odst. 3 tohoto článku se nepoužije.
7. Referenčním obdobím se rozumí rok 2021, hodnoceným obdobím se rozumí rok 2023. Referenčními hodnotami Poskytovatele se rozumí hodnoty příslušných úhradových ukazatelů Poskytovatele v referenčním období vypočtené dle vyhlášky č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021.
8. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu ve výši hodnoty Poskytovatelem poskytnutých a vykázaných a Pojišťovnou uznaných hrazených služeb odpovídajících § 22 písm. c) ZVZP za příslušný kalendářní měsíc. Předběžná měsíční úhrada bude vypočtena jako násobek počtu vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za výkony a hodnoty bodu 1,28 Kč. 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.
9. Za každý Poskytovatelem vykazaný a Pojišťovnou uznaný výkon č. 09543 podle Seznamu výkonů se stanoví úhrada 49 Kč.

Článek III.

1. Zvláštní ambulantní péče poskytovaná ve smyslu § 22 písm. c) ZVZP v platném znění bude v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2023 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. 2023 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.

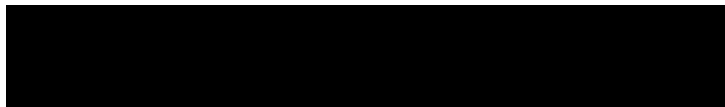
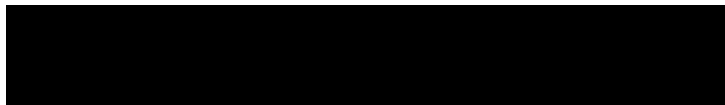
Článek IV.

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. 2023 do 31. 12. 2023**.
3. Tento Dodatek je uzavírán v elektronické nebo listinné podobě. Dodatek v listinné podobě 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

