

Dodatek č. 33
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb
č. 1872M003 ze dne 17.12.2018 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel akutní lůžkové péče)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
Sídlo (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Pekařská 664/53, 656 91
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">• nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Vlastimil Vajdák, ředitel
IČ:	00159816
IČZ:	72001000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina	
Zastoupená (jméno a funkce):	Mgr. Petra Pevná, MBA, ředitelka Regionální pobočky Brno, pobočky pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina
Doručovací adresa (obec):	Brno
Ulice, č. p., PSČ:	Benešova 696/10, 659 14

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

Článek I.

1. Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021 bude prováděna způsobem stanoveným ve vyhlášce č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (dále jen „Vyhláška“), s výjimkami dohodnutými v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), uvedenými v čl. II, III, IV, V, VI a VII tohoto dodatku (dále jen „Dodatek“).
2. Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v čl. II, III, IV, V, VI a VII tohoto Dodatku upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví Vyhláška. Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost podle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.
3. Není-li mezi smluvními stranami dohodnuto jinak, odpovídá obsah pojmů použitých v tomto Dodatku jejich definici uvedené ve Vyhlášce.

Článek II.

1. Smluvní strany se dohodly, že v případech, kdy úhradová ujednání odkazují na výkony 82040 a 82041 v souvislosti s diagnózami U07.1 nebo U69.75, budou použity výkony 82301 a 82302.
2. Smluvní strany se dále dohodly, že pro výkon 82301 a 82302 poskytnuté pojištěncům v ambulantní péči se hodnota bodu stanoví ve výši 0,85 Kč.
3. Smluvní strany se dále dohodly, že navýšení úhrady uvedené v části A bodu 2.3 přílohy č. 1 k Vyhlášce za každý případ hospitalizace Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný, ukončený v hodnoceném období, u kterého bylo indikováno testování na onemocnění COVID-19, se stanoví ve výši 1 113 Kč při splnění podmínek uvedených v části A bodu 2.3 písm. a) a b) přílohy č. 1 k Vyhlášce.
4. Smluvní strany se dohodly, že pro účely výpočtu úhrady podle části A bodu 3.6 přílohy č. 1 k Vyhlášce se $CM_{red\ 2}$ vypočte takto:

$$CM_{red\ 2} = CM_{2021,CZ-DRG,A,4,5} * \min \left[1; \left(1,05 * \frac{PPR_{drg,A,2019,4,5}}{PPR_{drg,A,2021,4,5}} * \frac{PP_{drg,A,2021}}{PP_{drg,A,2019}} \right) \right]$$

Článek III.

1. Hrazené služby poskytnuté pojištěncům a zahraničním pojištěncům v souvislosti s operací katarakty (dále jen „OKA“) v ambulantní péči se vykazují podle typu použitého materiálu (nitrooční čočky) následujícími výkony:
 - a) 75999 – (VZP) OPERACE KATARAKTY S POUŽITÍM HYDROFILNÍ NEBO TVRDÉ ČOČKY,
 - b) 75992 – (VZP) OPERACE KATARAKTY S POUŽITÍM HYDROFODNÍ ČOČKY,
 - c) 75993 – (VZP) OPERACE KATARAKTY S POUŽITÍM TORICKÉ ČOČKY(dále jen „výkony OKA“).
2. Pro výkon 75999 poskytnutý pojištěncům a zahraničním pojištěncům v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 10 153 Kč, pro výkon 75992 poskytnutý pojištěncům a zahraničním pojištěncům v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 11 508 Kč, pro výkon 75993 poskytnutý pojištěncům a zahraničním pojištěncům v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 14 665 Kč.
3. Indikačním kritériem pro výkon 75993 je rohovkový astigmatismus, který je roven nebo vyšší než 2,0 dioptrie.
4. U pojištěnců a zahraničních pojištěnců, kteří v průběhu roku 2021 nedosáhli věk 41 let, je úhrada výkonu OKA podmíněna předchozím schválením revizním lékařem příslušné regionální pobočky Pojišťovny.
5. Podmínkou úhrady OKA je uchování štítku pro identifikaci použité nitrooční čočky ve zdravotnické dokumentaci jednotlivých pojištěnců a zahraničních pojištěnců.
6. Výkony OKA obsahují soubor následujících hrazených služeb:
 - a) výkon 75021 – KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ OFTALMOLOGEM,
 - b) výkon 75022 – CÍLENÉ VYŠETŘENÍ OFTALMOLOGEM,
 - c) výkon 75163 – VYŠETŘENÍ REFRAKCE AUTOREFRAKTOREM (1 OKO),
 - d) výkon 75151 – ECHO OČNÍ BIOMETRIE (1 OKO),
 - e) výkon 75155 – FOTO PŘEDNÍHO SEGMENTU, FOTO FUNDU – 1 OKO,
 - f) výkon 75427 – FAKOEMULZIFIKACE – 1 OKO,
 - g) výkon implantace nitrooční čočky: 75347 – IMPLANTACE NITROOČNÍ ČOČKY – PMMA (1 OKO) nebo 75348 – IMPLANTACE NITROOČNÍ ČOČKY – MĚKKÁ (FOLDABLE) (1 OKO),
 - h) výkon 71823 – POUŽITÍ MIKROSKOPU PŘI OPERAČNÍM VÝKONU Á 10 MINUT.
7. Poskytovatel je povinen v rámci vyhodnocení kvality poskytovaných hrazených služeb vykázt příslušný výkon 75994 – (VZP) SUBLUXACE NITROOČNÍ ČOČKY, 75996 – (VZP) INTUMESCENTNÍ KATARAKTA, 75997 – (VZP) UVOLNĚNÝ ZÁVĚSNÝ APARÁT a 75998 – (VZP) RUPTURA ZADNÍHO POUZDRA.
8. Poskytovatel je povinen současně s výkony OKA vykazovat výkony označující operovanou stranu (oko): 09567 – ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ a 09569 – ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ.
9. V období 90 dnů předcházejících provedení OKA není Poskytovatel oprávněn u pojištěnce a zahraničního pojištěnce, kterému je tato OKA provedena, vykázt výkony vyšetření pro zjištění optické mohutnosti vkládané čočky a biometrie bulbu (vyšetření refrakce autorefraktozem a echo oční biometrie), neboť tyto výkony jsou součástí výkonů OKA.

10. V den provedení OKA není Poskytovatel oprávněn na dané číslo pojištění a zahraničního pojištění vykázat žádný jiný výkon v odbornosti 705 než výkon OKA uvedený v odst. 1 tohoto článku, neboť veškeré hrazené služby touto odborností poskytnuté v den provedení OKA jsou součástí výkonu OKA. K výkonu OKA nebude vykazován žádný ZUM. V období vykazání výkonu OKA nesmí být pojištěnec a zahraniční pojištěnec hospitalizován na akutním lůžku.
11. Spolu s vykazáním výkonu OKA je Poskytovatel oprávněn vykázat jeden výkon 09543 – SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ.
12. Výkony OKA a výkony uvedené v odst. 7 a 8 tohoto článku, poskytnuté pojištěncům se pro účely výpočtu úhrady podle části A bodu 7.15 přílohy č. 1 k Vyhlášce považují za vykázané hrazené služby podle části A bodu 7.2 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek IV.

1. Pro výkon 10 – PŘEPRAVA ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA V NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBĚ poskytnutý pojištěncům v ambulantní péči v odbornosti 955 se hodnota bodu stanoví ve výši 1,00 Kč.
2. Pro hrazené služby neuvedené v odst. 1 tohoto článku, poskytnuté pojištěncům v ambulantní péči v odbornosti 955 se hodnota bodu stanoví ve výši 1,06 Kč.
3. Hrazené služby uvedené v tomto článku, poskytnuté pojištěncům se zahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 3, 4, 5 a 7.15 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek V.

1. Za doložení splnění podmínek podle části A bodu 2 písmene d) přílohy č. 8 k Vyhlášce Pojišťovně se považuje referování výsledků poskytované dialyzační léčby Poskytovatelem do Registru dialyzovaných pacientů podle části A bodu 2 písmene a) a b) přílohy č. 8 k Vyhlášce.
2. Pro hrazené služby uvedené v části B přílohy č. 8 k Vyhlášce, poskytnuté pojištěncům a zahraničním pojištěncům v odbornosti 108 a 128 se úhrada stanoví podle části B přílohy č. 8 k Vyhlášce.

Článek VI.

1. Poskytovatel, který splňuje technické vybavení, současně s každým výkonem ošetrovacího dne podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, s výjimkou výkonů ošetrovacího dne 00031, 00032, 00041, 00042, 00098 a 00099, poskytnutým pojištěncům a zahraničním pojištěncům s extrémní obezitou vykazuje výkon 99951 – (VZP) BONIFIKAČNÍ KÓD ZA HOSPITALIZACI PACIENTA S MORBIDNÍ OBEZITOU S HMOTNOSTÍ OD 160 KG DO 200 KG V LŮŽKOVÉ PÉČI nebo výkon 99952 – (VZP) BONIFIKAČNÍ KÓD ZA HOSPITALIZACI PACIENTA S MORBIDNÍ OBEZITOU S HMOTNOSTÍ NAD 200 KG V LŮŽKOVÉ PÉČI, sjednané v příloze č. 2 Smlouvy.
2. Bonifikace vyšší náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty s extrémní obezitou vykázané výkonem 99951 se stanoví ve výši 200 Kč, bonifikace vyšší náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty s extrémní obezitou vykázané výkonem 99952 se stanoví ve výši 300 Kč.
3. Výkony 99951 a 99952 poskytnuté pojištěncům se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 3, 4, 5 a 6 přílohy č. 1 k Vyhlášce.
4. Výkony 99951 a 99952 poskytnuté zahraničním pojištěncům se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 6 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek VII.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Pro úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady se za fakturaci podle čl. IV odst. 4 Smlouvy považuje předání dávek dokladů o poskytnutých hrazených službách s přílohami (dále jen „individuální doklady“) podle Metodiky pro pořizování a předávání dokladů. Předběžné úhrady se považují za zálohy a finančně se vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení.
2. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu podle tohoto rozpisu plateb:

Období	Var. symbol	Výše předběžné měsíční úhrady v Kč	Termín splatnosti
01/2021	7200100001	185 587 224	3. 3. 2021
02/2021	7200100002	185 587 224	31. 3. 2021
03/2021	7200100003	185 587 224	3. 5. 2021
04/2021	7200100004	185 587 224	31. 5. 2021
05/2021	7200100005	185 587 224	1. 7. 2021

Období	Var. symbol	Výše předběžné měsíční úhrady v Kč	Termín splatnosti
06/2021	7200100006	185 587 224	2. 8. 2021
07/2021	7200100007	185 587 224	31. 8. 2021
08/2021	7200100008	185 587 224	1. 10. 2021
09/2021	7200100009	185 587 224	1. 11. 2021
10/2021	7200100010	185 587 224	1. 12. 2021
11/2021	7200100011	185 587 224	31. 12. 2021
12/2021	7200100012	185 587 224	31. 1. 2022

3. Pojišťovna provede úhradu podle odst. 2 tohoto článku za podmínky, že Poskytovatel předá individuální doklady za příslušné období v termínu dohodnutém ve Smlouvě.
4. Poskytovatel v souladu se Smlouvou písemně oznámí neprodleně, nejpozději do 30 kalendářních dnů Pojišťovně skutečnosti, které by podstatným způsobem mohly ovlivnit poskytování hrazených služeb zakládající nárok na sjednanou výši předběžné měsíční úhrady.
5. Pokud dojde u Poskytovatele ke změně v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb, včetně změny počtu hospitalizací, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců, Pojišťovna sjedná s Poskytovatelem odpovídající úpravu výše předběžné měsíční úhrady.
6. Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přepatek uveden.
7. Hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem před 1. 1. 2021 se hradí způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto hrazených služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty.
8. Poskytovatel v souladu s ustanovením § 11 odst. 1 písm. d) ZVZP není oprávněn za hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.

Článek VIII.

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. 2021 do 31. 12. 2021.
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.