

## Dodatek č. 21

### ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 7Z94S090 ze dne 1. 2. 2008 (dále jen „Smlouva“)  
(stomatologie)

uzavřené mezi smluvními stranami:

<b>Poskytovatel zdravotních služeb:</b>	<b>Vsetínská nemocnice a.s.</b>
<b>Sídlo (obec):</b>	Vsetín
<b>Ulice, č.p., PSČ:</b>	Nemocniční, 955, PSČ 755 01
<b>Zápis v obchodním rejstříku:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Krajský soud v Ostravě, oddíl B, vložka 2946, dne 20. září 2005</li> <li><del>nezapisuje se</del></li> </ul>	
<b>Zastoupený (jméno, funkce):</b>	Ing. Věra Prousková, MBA, předseda představenstva
<b>IČ:</b>	26871068
<b>IČZ:</b>	94113000

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

a

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

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

### Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2022 bude prováděna způsobem a ve výši odpovídající vyhlášce č. 396/2021 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2022 (dále jen „vyhláška“) s výjimkou dohodnutou v souladu s § 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“), uvedenou v článku II. odst. 1 až 4 a článku III. tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v článku II. odst. 1 až 4 a článku III. 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 dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

## Článek II.

1. Stomatologické výrobky **poskytnuté** pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2022 do 31. 12. 2022 budou hrazeny následujícím způsobem:

a) **nejde-li o stomatologické výrobky uvedené v písm. b)**, platí že:

- stomatologické výrobky **plně hrazené** ze zdravotního pojištění budou při splnění podmínek stanovených ve Smlouvě včetně tohoto dodatku hrazeny ve výši maximálních cen uvedených v Cenovém rozhodnutí MZČR účinném ke dni předání stomatologického výrobku pojištěnci. Stomatologickým výrobkem plně hrazeným ze zdravotního pojištění se rozumí výrobek uvedený a označený symbolem „I“ v Příloze č. 4 ZVZP.

- stomatologické výrobky **částečně hrazené** ze zdravotního pojištění budou při splnění podmínek stanovených ve Smlouvě včetně tohoto dodatku hrazeny ve výši stanovené v Příloze č. 4 ZVZP

b) jde-li o stomatologické výrobky podle přílohy č. 4 ZVZP ve znění účinném do 31. 12. 2021, které se podle čl. II bodu 9 první věty zákona č. 371/2021 Sb. hradí v roce 2022 v rozsahu a za podmínek stanovených v příloze č. 4 ZVZP, ve znění účinném do 31.12. 2021, platí že:

- stomatologické výrobky, které byly dle Přílohy č. 4 ZVZP **ve znění účinném do 31. 12. 2021 plně hrazené** ze zdravotního pojištění, budou hrazeny ve výši maximálních cen uvedených v Cenovém rozhodnutí MZČR č. 6/2020/CAU ze dne 18. února 2020.

- stomatologické výrobky, které byly dle Přílohy č. 4 ZVZP **ve znění účinném do 31. 12. 2021 částečně hrazené** ze zdravotního pojištění, budou hrazeny ve výši stanovené v Příloze č. 4 ZVZP ve znění účinném do 31. 12. 2021.

2. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Pojišťovnou uznaný druh léčivého přípravku na receptu v elektronické podobě v roce 2022, na jehož základě dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna Poskytovateli uhradí 1,70 Kč. Celkovou částku dle tohoto ujednání uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2022.

3. Výkon s kódem 00921 je definován následovně:

### Ošetření stálého zubu plastickou výplní

Ošetření stálého zubu definitivní výplní, bez ohledu na počet plošek výplně či případný počet drobných výplní na jednom zubu,

- a) u pojištěnců do dne dosažení 15 let a u těhotných a kojících žen v rozsahu celého chrupu při použití skloionomerního cementu a v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu. Není-li použití skloionomerního cementu možné z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, lze použít dózovaný amalgám,
- b) u pojištěnců, kteří nejsou uvedeni v písmenu a) v rozsahu celého chrupu při použití dozovaného amalgámu v základním provedení, v rozsahu řezáků a špičáků i při použití samopolymerujícího kompozitu.

„Regulační omezení“ a „výše úhrady“ pro tento kód výkonu jsou uvedeny ve vyhlášce u tohoto kódu výkonu.

4. Léčba ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I, poskytnutá pojištěncům s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodontií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry) bude vykazována VZP kódy 00800 a 00801.

a) Výkon s VZP kódem 00800 je definován následovně:

### Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I

Zahájení léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem – na jeden zubní oblouk. Zahrnuje nasazení prvků fixního aparátu včetně přípravy zubů. Zahrnuje veškerý přímý materiál ortodontického

aparátu použitý při zahájení léčby a při pokračování v léčbě v kalendářním roce, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát.

Regulační omezení: Lze vykázat 2 / 1 čelist / 1 pojištění.

Nelze vykázat v kombinaci s kódem 00982 a 00801. Lze vykázat pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).

Vyazuje odbornost 015 podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Výše úhrady: 8 629 Kč

Lokalizace: čelist

b) Výkon s VZP kódem 00801 je definován následovně:

Pokračování léčby ortodontických anomálií fixním ortodontickým aparátem na 1 zubní oblouk I

Náklady na veškerý přímý materiál ortodontického aparátu použitý v průběhu léčby v jednom kalendářním roce, tj. v rámci kontrol vykazovaných kódem 00983, s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl nasazen fixní ortodontický aparát, a to včetně případného prefabrikovaného intraorálního oblouku (nasazení se vyazuje kódem 00991) a parciálního oblouku (navázání se vyazuje kódem 00993).

Regulační omezení: Lze vykázat 1 / 1 čelist/ 1 kalendářní rok/ 1 pojištění.

Lze vykázat při první kontrole léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu v kalendářním roce s výjimkou kalendářního roku, ve kterém byl vykázán kód 00800, a to pouze u pojištěnců s rozštěpy rtu, čelisti a patra, vrozenými celkovými vadami a systémovým onemocněním s ortodontickými projevy, mnohočetnou hypodoncií (6 a více chybějících zubů v jedné čelisti, nezapočítávají se třetí moláry).

Vyazuje odbornost 015 podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Výše úhrady: 1 500 Kč

Lokalizace: čelist

### **Článek III.**

#### **Agregovaná úhrada za registrovaného pojištěnce**

Smluvní strany se dohodly na způsobu úhrady formou agregované úhrady za registrovaného pojištěnce za těchto podmínek:

1. Výše agregované úhrady za jednoho pojištěnce Pojišťovny registrovaného Poskytovatelem na kalendářní měsíc činí:
  - a) 18 Kč v případě, že Poskytovatel Pojišťovně doloží, že příslušný zubní lékař, k němuž je pojištěnec registrován (dále jen „registrující zubní lékař“), je po celý příslušný kalendářní měsíc držitelem platného dokladu celoživotního vzdělávání zubních lékařů, jímž se rozumí osvědčení o soustavné účasti v systému celoživotního vzdělávání v praktickém zubním lékařství (tzv. Osvědčení PZL) vydávané Českou stomatologickou komorou (dále jen „Osvědčení“)
  - b) 16 Kč v ostatních případech.
2. Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu pojištěnců Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny ve výši dle odst. 1 tohoto článku pro příslušný kalendářní měsíc.
3. Poskytovatel dokládá Pojišťovně, že příslušný registrující zubní lékař je držitelem platného Osvědčení.

Podmínka platnosti Osvědčení po celý příslušný kalendářní měsíc dle odst. 1 písm. a) se považuje za splněnou i:

- a) v kalendářním měsíci, ve kterém zanikla platnost Osvědčení příslušného registrujícího zubního lékaře,
  - b) v kalendářním měsíci bezprostředně následujícím po kalendářním měsíci, ve kterém zanikla platnost Osvědčení, v případě, že poskytovatel doloží ve lhůtě uvedené v odst. 4 tohoto článku Pojišťovně nové Osvědčení, přičemž období mezi datem zániku platnosti původního Osvědčení a datem nabytí platnosti nového Osvědčení nečiní více než 30 kalendářních dnů.
4. V případě zániku platnosti původního Osvědčení je potřeba, aby Poskytovatel doložil Pojišťovně nové Osvědčení nejdéle do 5. dne kalendářního měsíce, který je druhým následujícím kalendářním měsícem po kalendářním měsíci, ve kterém platnost původního Osvědčení zanikla. Pokud poskytovatel v této lhůtě nové Osvědčení nedoloží, považuje se od 1. dne kalendářního měsíce bezprostředně následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém zanikla platnost původního Osvědčení, ve vztahu k pojištěncům registrovaným k zubnímu lékaři, který byl držitelem původního Osvědčení, za poskytovatele, který nesplnil podmínky uvedené v odst. 1 písm. a) tohoto článku, a to až do 1. dne kalendářního měsíce bezprostředně následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém doloží Pojišťovně nové Osvědčení.
  5. Poskytovatel předává doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Pokud Poskytovatel předává dávku č. 80 - přihlášky registrovaných pojištěnců elektronickou formou, je oprávněn ji předat Pojišťovně do 5. pracovního dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Na přihlášce registrovaných pojištěnců je Poskytovatel povinen uvádět odbornost pracoviště a IČP, ke kterému je pojištěnec registrován. Registraci pojištěnce realizuje, pokud nejde o nepravdivou péči nebo tomu nebrání jiné závažné důvody, vždy při prvním kontaktu s pojištěncem.
  6. Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po dohodnutém termínu nezakládají právo Poskytovatele na úhradu agregované platby za tyto pojištěnce v příslušném měsíci.

#### **Článek IV.**

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Smluvní strany se dohodly, že pro potřeby úhrady služeb hrazených dle tohoto Dodatku se za fakturaci podle Článku IV. odst. 4 Smlouvy a kapitoly III. Metodiky pro pořizování a předávání dokladu VZP ČR (dále jen „Metodika“) považuje i předávání dávek dokladů dle Metodiky a Smlouvy.
2. 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.
3. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2022 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí úhradová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty.

#### **Článek V.**

1. Poskytovatelem vykázané a Pojišťovnou uznané hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům budou hrazeny za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny.
2. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

#### **Článek VI.**

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. 2022 do 31. 12. 2022.
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