

## Dodatek č. 62 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 1886N001 ze dne 19. 12. 2018 (dále jen „Smlouva“)  
(hrazené služby lůžkové péče – dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče)

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"><li>Krajský soud Ostrava, oddíl Pr, vložka 938, dne 1. května 2004</li><li>nezapíše se</li></ul>	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Tomáš Stejskal, ředitel
IČO:	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):	
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 lůžkové péče – dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“) poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 319/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024 (dále jen „Vyhláška“) s výjimkami dohodnutými 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“), uvedenými v Článku VII. tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v Článku 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 dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

## **Článek II.**

1. Hrazené služby uvedené v Článku I. poskytnuté pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024 budou vykazovány následujícím způsobem:
  - a) kódem výkonu ošetřovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „OD DIOP“) uvedeným ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „seznam zdravotních výkonů“) určeným pro pracoviště poskytující DIOP výhradně na lůžkách s tímto statutem (smluvní odbornost 7U8); k hodnotě OD DIOP bude přiřazena rezie k OD v bodové hodnotě stanovené seznamem zdravotních výkonů,
  - b) kódy výkonů klinických vyšetření pro příjmové a propouštěcí vyšetření (cilené a komplexní) provedené lékařem příslušné odbornosti uvedenými v seznamu zdravotních výkonů.
2. Hrazené služby DIOP poskytované pojištěncům v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024 budou hrazeny podle seznamu zdravotních výkonů:
  - a) OD DIOP s hodnotou bodu ve výši 1,52 Kč za bod
  - b) kódy výkonů příslušného klinického příjmového a propouštěcího vyšetření s hodnotou bodu ve výši 1,53 Kč za bod.

## **Článek III.**

1. Poskytnutou DIOP Poskytovatel vykazuje OD DIOP 00020, jehož bodová hodnota činí 2571 bodů.
2. OD DIOP 00020 vykazuje Poskytovatel na jednoho pojištěnce nejdéle 190 dní, počítáno ve vztahu ke konkrétnímu onemocnění/příhodě/diagnóze (úraz, CMP apod.) 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 s předchozím souhlasem Pojišťovny.
3. Překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem Pojišťovny
4. V rámci úhrady DIOP jsou hrazeny veškeré nezbytné diagnostické procesy, medicínské intervence (včetně weaningu, je-li pacient připojen na ventilátor), farmakoterapie, psychoterapie, ošetrovatelské procesy, rehabilitace (fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie, logopedie), léčebné režimy, vedení zdravotnické dokumentace.

## **Článek IV.**

Pracoviště DIOP poskytuje v souladu s § 9 odst. 2 písm. d) 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 DIOP 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 poskytování následné lůžkové péče 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 uhraden, pokud je DIOP poskytnuta za podmínek, 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 jeho zdravotní stav 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 vykázat pouze ty laboratorní výkony a výkony komplementárních vyšetření, které nejsou agregovány do výkonů OD dle seznamu zdravotních výkonů.
6. K úhradě z veřejného zdravotního pojištění nelze vykázat 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 zdravotních 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 ošetřovatelském 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. Poskytovatel se zavazuje, že polovinu meziročního růstu úhrady za zdravotní služby podle části B odst. 2 přílohy č. 1 k Vyhlášce navýšenou o celý finanční objem pro podporu dostupnosti zdravotních služeb podle odst. 2 tohoto článku použije na navýšení objemu mezd a platů všech svých zaměstnanců v pracovním poměru tak, že ve srovnání s rokem 2023 bude mzda či plat zvýšen u lékařů s odbornou způsobilostí k výkonu povolání o 5 000 Kč měsíčně, u lékařů s odbornou způsobilostí k výkonu povolání pod odborným dohledem na základě certifikátu o absolvování základního kmene o 8 000 Kč měsíčně, u lékařů se specializovanou způsobilostí o 15 000 Kč měsíčně a u nelékařských zdravotnických pracovníků a ostatních nezdravotnických pracovníků o 5 % měsíčně.
2. Pojišťovna se zavazuje nad rámec úhrady stanovené podle části B odst. 2. přílohy č. 1 k Vyhlášce uhradit bonifikaci pro podporu dostupnosti zdravotních služeb vypočtenou takto:

$$BON_{\text{dost},2024} = 26\,114 * \text{úvazky lékařů kategorie L1} + 41\,783 * \text{úvazky lékařů kategorie L2} + 78\,342 * \text{úvazky lékařů kategorie L3} + 16\,394 * \text{úvazky nelékařských pracovníků}$$

kde:

Úvazky lékařů kategorie L1	je součet úvazků lékařů kategorie L1 sjednaných k 1. 1. 2024 v přílohách č. 2 Smlouvy pracovišť Poskytovatele, která poskytují hrazené služby podle § 5 odst. 2 Vyhlášky.
Úvazky lékařů kategorie L2	je součet úvazků lékařů kategorie L2 sjednaných k 1. 1. 2024 v přílohách č. 2 Smlouvy pracovišť Poskytovatele, která poskytují hrazené služby podle § 5 odst. 2 Vyhlášky.
Úvazky lékařů kategorie L3	je součet úvazků lékařů kategorie L3 sjednaných k 1. 1. 2024 v přílohách č. 2 Smlouvy pracovišť Poskytovatele, která poskytují hrazené služby podle § 5 odst. 2 Vyhlášky.
Úvazky nelékařských pracovníků	je součet úvazků nelékařských zdravotníků sjednaných k 1. 1. 2024 v přílohách č. 2 Smlouvy pracovišť Poskytovatele, která poskytují hrazené služby podle § 5 odst. 2 Vyhlášky.

3. Poskytovatel se na základě úhrady bonifikace pro podporu dostupnosti zdravotních služeb v rámci plnění Smlouvy zavazuje zajistit poskytování lůžkové péče v nepřetržitém provozu. Poskytovatel vyvine maximální úsilí směřující k poskytnutí hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny za podmínek a ve lhůtách podle nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

## Článek VIII.

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. 2024 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto hrazených služeb platí úhradová 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 IX.**

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.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 Vyhlášky.

#### **Článek X.**

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. 2024 do 31. 12. 2024.
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