


Dodatek č. 8
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb
č. 2483N001 ze dne 05. 12. 2024 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel akutní lůžkové péče)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Nemocnice Znojmo, p. o.
Sídlo (obec):	Znojmo
Ulice, č.p., PSČ:	MUDr. Jana Janského 2675/11, 669 02
Zápis v obchodním rejstříku:	<ul style="list-style-type: none">Krajský soud v Brně, oddíl Pr, vložka 1229, dne 11. října 2003
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Miroslav Kavka, MBA, FICS, ředitel
IČ:	000 92 584
IČZ:	83001000

(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):	
Doručovací adresa (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Benešova 696/10, 659 14

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

Článek I.

- Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 bude prováděna způsobem stanoveným ve vyhlášce č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026 (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 odst. 4 tohoto článku a čl. II odst. 5, čl. III, IV, V, VI, VII, VIII a IX tohoto dodatku (dále jen „Dodatek“).
- Smluvní strany prohlašují, že dohoda uvedená v odst. 4 tohoto článku a II odst. 5, čl. III, IV, V, VI, VII, VIII a IX 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.
4. Referenčním obdobím se rozumí rok 2024. Referenčními hodnotami Poskytovatele jsou hodnoty příslušných úhradových ukazatelů Poskytovatele v referenčním období podle čl. III odst. 3 Dohody o vypořádání vyúčtování hrazených služeb poskytnutých v období od 1. 1. 2024 do 31. 12. 2024.

Článek II.

1. Aplikace zvláště účtovaných léčivých přípravků uvedených v odst. 2 tohoto článku se vykazuje výkonem 02260 – (VZP) APLIKACE MONOKLONÁLNÍ PROTILÁTKY PROTI RSV INFEKCI.
2. Monoklonální protilátky proti infekci respiračním syncyciálním virem se vykazují kódy zvláště účtovaných léčivých přípravků ATC skupiny J06BD08.
3. Výkon 02260 poskytnutý v lůžkové péči se zahrnuje do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 3, 4, 5 a 6 přílohy č. 1 k Vyhlášce.
4. Výkon 02260 poskytnutý v ambulantní péči se hradí v odbornosti, ve které byl vykázán, podle Vyhlášky.
5. Zvláště účtované léčivé přípravky ATC skupiny J06BD08 se pro účely výpočtu úhrady považují za vykázané hrazené služby podle přílohy č. 12 k Vyhlášce.

Článek III.

1. Hrazené služby poskytnuté 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 HYDROFOBNI ČOČKY,
 - c) 75993 – (VZP) OPERACE KATARAKTY S POUŽITÍM TORICKÉ ČOČKY(dále jen „výkony OKA“).
2. Pro výkon 75999 poskytnutý v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 12 116 Kč, pro výkon 75992 poskytnutý v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 16 708 Kč, pro výkon 75993 poskytnutý v ambulantní péči se balíčková cena stanoví ve výši 17 038 Kč.
3. Indikačním kritériem pro výkon 75993 je rohovkový astigmatismus, který je roven nebo vyšší než 1,5 dioptrie.
4. U pojištěnců, kteří v průběhu roku 2026 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.
6. Výkony OKA obsahují soubor následujících hrazených služeb:
 - a) výkon 09523 – EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU,
 - b) výkon 75021 – KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ OFTALMOLOGEM,
 - c) výkon 75022 – CÍLENÉ VYŠETŘENÍ OFTALMOLOGEM,
 - d) výkon 75163 – VYŠETŘENÍ REFRAKCE AUTOREFRAKTOREM (1 OKO),
 - e) výkon 75151 – ECHO OČNÍ BIOMETRIE (1 OKO),
 - f) výkon 75155 – FOTO PŘEDNÍHO SEGMENTU, FOTO FUNDU – 1 OKO,
 - g) výkon 75427 – FAKOEMULZIFIKACE – 1 OKO,
 - h) výkon implantace nitrooční čočky: 75347 – IMPLANTACE NITROOČNÍ ČOČKY – PMMA (1 OKO) nebo 75348 – IMPLANTACE NITROOČNÍ ČOČKY – MĚKKÁ (FOLDABLE) (1 OKO),

- i) výkon 71823 – POUŽITÍ MIKROSKOPU PŘI OPERAČNÍM VÝKONU A 10 MINUT.
7. Poskytovatel je povinen v rámci vyhodnocení kvality poskytovaných hrazených služeb vykázat 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, kterému je tato OKA provedena, vykázat výkony vyšetření pro zjištění optické mohutnosti vkládané čočky a biometrie bulbu (vyšetření refrakce autorefraktorem a echo oční biometrie), neboť tyto výkony jsou součástí výkonů OKA.
 10. V den provedení OKA není Poskytovatel oprávněn na dané číslo pojištěnce 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 hospitalizován na akutním lůžku.
 11. Spolu s vykazáním výkonu OKA je Poskytovatel oprávněn vykázat jeden výkon 09543 – SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ.
 12. Hrazené služby uvedené v odst. 1, 7 a 8 tohoto článku se pro účely výpočtu úhrady považují za vykázané hrazené služby podle části A bodu 7.6 písm. a) a bodu 7.16 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek IV.

1. Pro výkon 01306 – (VZP) PRŮKAZ ANTIGENU SARS-COV-2 – DIAGNOSTIKA U SYMPTOMATICKÝCH PACIENTŮ poskytnutý v ambulantní péči se úhrada stanoví ve výši 201,00 Kč.
2. Hrazené služby uvedené v tomto článku se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 7.21 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek V.

1. Management časného záchytu osteoporózy a péče o pacienta s osteoporózou poskytnuté v rámci populačního programu časného záchytu osteoporózy se vykazuje následujícími výkony:
 - a) 11320 – (VZP) MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY PRAKTICKÝM LÉKAŘEM NEBO GYNEKOLOGEM – JE INDIKOVÁNO DXA,
 - b) 11321 – (VZP) MANAGEMENT ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY PRAKTICKÝM LÉKAŘEM NEBO GYNEKOLOGEM – NENÍ INDIKOVÁNO DXA,
 - c) 11327 – (VZP) PÉČE O PACIENTA S DIAGNOSTIKOVANOU OSTEOPORÓZOU LÉČENOU U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE NEBO GYNEKOLOGA.
2. Pro výkon 11320, 11321 a 11327 poskytnuté v ambulantní péči v odbornosti 603 se úhrada stanoví s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.
3. Hrazené služby uvedené v tomto článku se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 7.21 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek VI.

1. Denzitometrické vyšetření poskytnuté v rámci populačního programu časného záchytu osteoporózy se vykazuje následujícími výkony:
 - a) 11322 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $\geq -1,0$,
 - b) 11323 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $< -1; -2 >$,
 - c) 11324 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $< -2,1; -2,4 >$,

- d) 11325 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $\leq -2,5$,
 - e) 11326 – (VZP) DENZITOMETRIE V RÁMCI POPULAČNÍHO PROGRAMU ČASNÉHO ZÁCHYTU OSTEOPORÓZY S HODNOTOU T- SKÓRE $\leq -3,5$ (V KTERÉKOLI MĚŘENÉ LOKALITĚ).
2. Podmínky provádění a bodové ohodnocení výkonů uvedených v odst. 1 tohoto článku jsou totožné s výkonem 89312 podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
 3. Pro výkon 11322, 11323, 11324, 11325 a 11326 poskytnuté v ambulantní péči se úhrada stanoví s hodnotou bodu ve výši 0,94 Kč.
 4. Hrazené služby uvedené v odst. 1 tohoto článku se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 7.21 přílohy č. 1 k Vyhlášce.
 5. Hrazené služby uvedené v odst. 1 tohoto článku se nezahrnují do vyžádané péče pro účely regulačního omezení na vyžádanou péči podle části C bodu 2 přílohy č. 1 k Vyhlášce.

Článek VII.

1. Poskytovatel, který splňuje technické vybavení, současně s každým výkonem ošetřovacího dne podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, s výjimkou výkonů ošetřovacího dne 00031, 00032, 00041, 00042, 00043, 00098, 00099, 11305, 11306, 31150, 31151 a 42050, poskytnutým 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 ošetřovatelské péče o pacienty s extrémní obezitou vykázané výkonem 99951 se stanoví ve výši 200 Kč, bonifikace vyšší náročnosti ošetřovatelské péče o pacienty s extrémní obezitou vykázané výkonem 99952 se stanoví ve výši 300 Kč.
3. Výkony 99951 a 99952 se nezahrnují do hodnot použitých při výpočtu úhrady podle části A bodu 3, 4, 5 a 6 přílohy č. 1 k Vyhlášce.
4. Bonifikace vyšší náročnosti ošetřovatelské péče o pacienty s extrémní obezitou se nezahrnuje do referenčních hodnot pro další období.

Článek VIII.

1. Poskytovatel doloží čestným prohlášením uvedeným v příloze č. 1 k tomuto Dodatku:
 - a) nezajištění péče na urgentním příjmu po celé hodnocené období v nepřetržitém režimu a výpadek provozu přesahující 72 hodin za celé hodnocené období v případě urgentního příjmu nebo 3 po sobě jdoucí dny v případě lékařské pohotovostní služby pro dospělé nebo nezajištění služby v rámci lékařské pohotovostní služby pro dospělé alespoň v rozsahu stanoveném vyhláškou o pohotovostních službách,
 - b) provozování elektronického objednávkového systému na ambulantních pracovištích,
 - c) zapojení do systému elektronické distribuce obrazových dat po celé hodnocené období.
2. Poskytovatel předloží Pojišťovně čestné prohlášení do 31. 1. 2027.

Článek IX.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předává Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady. 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 ve výši fakturované částky, maximálně však ve sjednané výši **82 781 511,00 Kč**.

3. Předání faktury na částku převyšující maximální výši předběžné měsíční úhrady opravňuje Pojišťovnu k vrácení faktury Poskytovateli k opravě; v takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejího opětovného převzetí Pojišťovnou.
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 maximální výše předběžné měsíční úhrady.
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 nejdříve deset dnů poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.
7. Hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem před 1. 1. 2026 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 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. 2026 do 31. 12. 2026.
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.