

Dodatek č. 6 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb


č. 2489E003 ze dne 10.12.2024 (dále jen „Smlouva“)
(hrazené služby lůžkové péče - dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Fakultní nemocnice Olomouc
Sídlo (obec):	Olomouc
Ulice, č.p., PSČ:	Zdravotníků 248/7, 779 00
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">• nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D., ředitel
IČ:	00098892
IČZ:	89100600

(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. 2026 do 31. 12. 2026 bude prováděna způsobem odpovídajícím 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“).

Článek II.

- Hrazené služby uvedené v Článku I. poskytnuté pojištěncům Pojišťovny v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 budou vykazovány následujícím způsobem:
 - kódem výkonu ošetrovacího dne dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče 00020 (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),

- b) kódy výkonů klinických vyšetření pro příjmové a propouštěcí vyšetření (cílené a komplexní) provedené lékařem příslušné odbornosti uvedenými v seznamu zdravotních výkonů.
2. K hodnotě OD DIOP bude přiřazena reže k OD v bodové hodnotě stanovené seznamem zdravotních výkonů.
 3. Hrazené služby DIOP poskytované pojištěncům v období od 1. 1. 2026 do 31. 12. 2026 budou hrazeny podle seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu:
 - a) ve výši 1,54 Kč za OD DIOP,
 - b) ve výši 1,43 Kč za kódy výkonů příslušného klinického příjmového a propouštěcího vyšetření.

Článek III.

1. Smluvní strany se dohodly, že Poskytovatel vykazuje DIOP na jednoho pojištěnce nejdéle 190 dní, počítáno ve vztahu ke konkrétnímu onemocnění/příhodě/diagnóze (úraz, CMP apod.) od prvního dne přijetí na lůžko DIOP u kteréhokoliv poskytovatele DIOP, včetně překladů na jiné pracoviště DIOP Poskytovatele nebo i jiného poskytovatele DIOP, přičemž překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem Pojišťovny. DIOP poskytnutou pojištěnci od 191. dne hospitalizace je Poskytovatel oprávněn Pojišťovně vykázat k úhradě jen s předchozím souhlasem Pojišťovny.
2. Do úhrady za OD DIOP jsou zahrnuty 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.

1. 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.
2. Hlavním posláním pracoviště DIOP je přechod pojištěnců z následné intenzivní péče nebo následné ventilační péče do standardní následné lůžkové péče nebo do domácího prostředí, případně zabezpečení hospitalizace dlouhodobého charakteru pro apaliky, jestliže jejich klinický stav neumožňuje přechod do následné lůžkové péče nebo do domácího prostředí. DIOP není určena 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 uhrazen, pokud je DIOP poskytnuta za podmínky, že:

- a) zdravotní služby bezprostředně navazují na služby poskytované jako intenzivní péče akutní (ARO/JIP), následná intenzivní péče nebo následná ventilační péče,
- b) zdravotní služby jsou poskytovány 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.

Článek VI.

Smluvní strany dále definují další podmínky pro vykazování a úhradu DIOP:

1. Výkon OD DIOP uhradí Pojišťovna pouze tehdy, bude-li naplněn celý jeho obsah, včetně splnění kritérií OD DIOP definovaných platnými právními předpisy a smluvními ujednáními.
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 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 DIOP.

7. Vzhledem k charakteru DIOP (intenzivní péče) je v souladu se seznamem zdravotních výkonů kategorie pacienta rovna 1.
8. S výkony OD DIOP 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. 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. 2026 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým mezi smluvními stranami. 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 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. 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.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu