

Dodatek č. 20 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb


č. 2472M003 ze dne 18. 12. 2024 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel asistované reprodukce „IVF“ – odbornost 613)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Fakultní nemocnice Brno
Sídlo (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Jihlavská 340/20, 625 00
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">nezapíše se	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Vlastimil Vajdák, ředitel
IČ:	65269705
IČZ:	72100000

(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 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“) 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 II., článku III. odst. 8. a v článku IV. odst. 2 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené v článku II., článku III. odst. 8. a v článku IV. odst. 2 tohoto Dodatku upravují 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. V rámci úhrady služeb asistované reprodukce jsou v souvislosti s léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce nad rámec Přílohy č. 4, části C) vyhlášky zavedeny následující VZP výkony, které zahrnují diagnostiku neplodného páru specialistou v rámci center asistované reprodukce:
 - a) 63935 - Rozšířený management léčby neplodnosti v centru asistované reprodukce včetně spermioqramu. Tento výkon má pro rok 2026 stanovenou výši úhrady **2 231 Kč**.
 - b) 63936 - Rozšířený management léčby neplodnosti v centru asistované reprodukce bez spermioqramu. Tento výkon má pro rok 2026 stanovenou výši úhrady **1 925 Kč**.
2. Hrazené služby IVF a IUI budou Poskytovatelem vykazovány k úhradě výhradně níže uvedenými výkony s kódy VZP uvedenými v číselníku zdravotních výkonů VZP ČR veřejně dostupném na webových stránkách Pojišťovny a Pojišťovnou hrazeny s hodnotou bodu ve výši **1,32 Kč**, s výjimkou výkonů 63922 a 63923, které budou hrazeny s hodnotou bodu ve výši **1,29 Kč**:
 - a) 63901 - (VZP) IVF cyklus přerušný před odběrem oocytů
 - b) 63902 - (VZP) IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí
 - c) 63903 - (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem embryí
 - d) 63908 - (VZP) Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya
 - e) 63909 - (VZP) Kód pro vykázaní ZULP při péči IVF – pouze pro centra asistované reprodukce
 - f) 63914 - (VZP) Použití darovaných oocytů při IVF cyklu
 - g) 63915 - (VZP) Použití darovaných spermií při IVF cyklu a IUI
 - h) 63916 - (VZP) Intrauterinní inseminace (IUI)
 - i) 63920 - (VZP) Odběr a uchování zárodečných buněk - oocytů - u indikovaných pacientů
 - j) 63921 - (VZP) Odběr a uchování zárodečných buněk - spermií - u indikovaných pacientů
 - k) 63922 - (VZP) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – oocytů – u indik. pacientů
 - l) 63923 - (VZP) Uchování zárodečných buněk ve 2. až 9. roce – spermií – u indik. pacientů
3. Hodnoty bodu uvedené v odst. 2 tohoto článku se po skončení hodnoceného období navýší na základě splnění níže stanovených kvalitativních kritérií o maximálně 0,05 Kč následovně:
 - a) o 0,02 Kč, pokud podíl Poskytovatelem provedených, vykázaných a Pojišťovnou uznaných výkonů IUI (63916) na celkovém počtu Poskytovatelem provedených, vykázaných a Pojišťovnou uznaných výkonů asistované reprodukce IUI a IVF (63901, 63902, 63903, 63908 a 63916) dosáhne alespoň hodnoty 0,2 a zároveň nepřesáhne hodnotu 0,5;
 - b) o 0,01 Kč, pokud průměrný počet Poskytovatelem provedených, vykázaných a Pojišťovnou uznaných výkonů IUI a IVF (63901, 63902, 63903, 63908 a 63916) na jednoho pojištěnce ve věku do 38 let (tj. pojištěnce, který v roce 2026 nedovrší 38 let) dosáhne průměrné hodnoty maximálně 3,6 za hodnocené období (tj. 3,6 pokusů na jednoho pojištěnce za rok);
 - c) o 0,01 Kč, pokud průměrný počet Poskytovatelem provedených, vykázaných a Pojišťovnou uznaných výkonů IUI a IVF (63901, 63902, 63903, 63908 a 63916) na jednoho pojištěnce ve věku od 38 let (tj. pojištěnce, který nejpozději v roce 2026 dovrší 38 let) dosáhne průměrné hodnoty maximálně 4,6 za hodnocené období (tj. 4,6 pokusů na jednoho pojištěnce za rok);
 - d) o 0,01 Kč, pokud bude dosaženo těhotenství alespoň u 40 % pojištěnců Pojišťovny ve věku do 38 let (tj. pojištěnců, kteří v roce 2026 nedovrší 38 let), u kterých Poskytovatel provedl v hodnoceném období alespoň jeden výkon IUI nebo IVF (63901, 63902, 63903, 63908 a 63916). Za otěhotnění je považováno vykázaní výkonu VZP č. 63897 – Platba za péči o těhotnou v I. trimestru těhotenství, případně vykázaní výkonu č. 63053 – Komplexní prenatální vyšetření kterýmkoliv poskytovatelem v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví, a to v intervalu nejpozději do 90 dní od provedení výkonu IUI nebo IVF.
4. Navýšení úhrady vypočtené podle odst. 3 tohoto článku Pojišťovna uhradí Poskytovateli nejpozději do 180 dnů po skončení hodnoceného období, přičemž do vyhodnocení budou zahrnuty služby vykázané Poskytovatelem nejpozději do 5. 4. 2027 a uznané Pojišťovnou.
5. Léčiva použitá v rámci výkonů IVF uvedených v odst. 2 tohoto článku budou vykázána k úhradě s kódem č. 63909 jako ZULP.
6. Navýšení úhrady vypočtené podle odst. 3 tohoto článku se nepoužije u zahraničních pojištěnců Pojišťovny.

Článek III.

Regulace za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech 222, 801, 802, 806 až 810, 812 až 818 a 823 (dále jen „vyjmenované odbornosti“) podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam výkonů“) bude prováděna dále uvedeným způsobem.

1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 115 % průměrné úhrady na jednoho

unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplátky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 ZVZP.

2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Pojišťovna sníží Poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu, výkony 95201, 95202, 95203 a výkony spojené s populačním programem časného záchytu osteoporózy, prováděné Poskytovatelem, který má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2026 hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.
3. Regulační omezení dle odst. 1 a 2 tohoto článku se nepoužijí, pokud Poskytovatel odůvodní nezbytnost poskytnutí hrazených služeb, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odst. 1 a 2 tohoto článku.
4. Pokud oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, Pojišťovna po dohodě s Poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro účely uplatnění regulačních omezení dle odst. 1 a 2 tohoto článku přiměřeně upraví.
5. V případě, že Poskytovatel v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenu smlouvu s Pojišťovnou, může Pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 1 a 2 tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
6. Pojišťovna uplatní regulační srážku podle odst. 1 a 2 tohoto článku maximálně do výše odpovídající 15 % objemu celkové úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky. Do celkové úhrady dle předchozí věty se nezapočítává úhrada dle článku II. odst. 3 tohoto dodatku.
7. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti podle seznamu výkonů 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinačních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 1. a 2. tohoto článku. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n =kapacita nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.
8. Pokud Poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do výpočtu regulačních omezení podle odst. 1. tohoto článku.

Článek IV.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Poskytovatel předkládá Pojišťovně faktury za poskytnuté hrazené služby ve výši vypočtené dle článku II. tohoto Dodatku a v termínech dohodnutých ve Smlouvě.
2. Finanční vypořádání regulačních mechanismů bude provedeno nejpozději do 30. 5. 2027.
3. 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.
4. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2026 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.

Článek V.

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.

