

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví

IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207

Zástupce: **Ing. Radovan Kouřil**
generální ředitel

se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 21 Praha 4

zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze spis. zn. A 7232

Bankovní spojení: Česká národní banka., č. ú.: 2070101041/0710

(dále jen „Zdravotní pojišťovna“) na straně jedné
a

Kontaktní adresa:

Poskytovatel₂:		
IČO:	specifikace ₁):	IČZ₃:
Sídlo:		IČP₃:
		PSC:
Zástupce:		

(dále jen „Poskytovatel“) na straně druhé
uzavírají po dohodě tento

DODATEK GYN-LIM 2022

(dále jen „Dodatek“)

VAZBA (INT) jen zavést do tabulky, nebude na dodatku zobrazováno

I.

- Předmětem tohoto Dodatku je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **specializovaných ambulantních zdravotních služeb v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a/nebo 604 – dětská gynekologie** hrazených z veřejného zdravotního pojištění a poskytnutých v roce 2022 Poskytovatelem pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie, pojištěncům Spojeného království podle Dohody o obchodu a spolupráci a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast zdravotní péče (dále jen „Zahraniční pojištěnec“).
- Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotních služeb poskytnutých Zahraničním pojištěncům podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 6, z května 2010.
- V návaznosti na článek I. odst. 2 tohoto Dodatku se Poskytovatel zavazuje, že vykáže zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům v souladu s uvedeným metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR, a to samostatnou fakturou a dávkou. Přílohou vyúčtování musí být vyplněné „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ s tím, že „Potvrzení o nároku cizího pojištěnce“ není nutné dokládat v případě, že se Zahraniční pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným Zdravotní pojišťovnou.

II.

- Smluvní strany se dohodly, že **specializované ambulantní zdravotní služby v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a/nebo 604 – dětská gynekologie** poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2022 Poskytovatelem a vykázané podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Seznam zdravotních výkonů“), budou hrazeny výkonovým způsobem v **hodnotě bodu 1,13 Kč/bod**.

IF přílohaB = 1

Smluvní strany se dohodly, že zdravotní služby specifikované v Příloze B tohoto Dodatku, která je jeho nedílnou součástí, budou hrazeny ve výši a způsobem popsaným v této Příloze, přičemž na tyto služby se nevztahuje navýšení podle článku II., odst. 2 tohoto Dodatku a nebudou započteny do celkové výše úhrady dle článku II., odst. 6. tohoto Dodatku.

ENDIF

- Hodnota bodu uvedená v odst. 1 tohoto článku se dále **navýší o**:
 - 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel Zdravotní pojišťovně doloží nejpozději do 31.1.2022, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům, tj. působí u Poskytovatele jako nositelé výkonů, je držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období.
 - 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel alespoň na jednom pracovišti Poskytovatele (IČP) poskytuje po celé hodnocené období hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 1 den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň jeden den v týdnu nejméně do 18 hodin.
 - 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně do 31.12.2022 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, které bude platné po celé hodnocené období.
 - 0,01 Kč**, pokud Poskytovatel doloží Zdravotní pojišťovně nejpozději do 31.12.2022 certifikát ISO 9001, který bude platný po celé hodnocené období.
- Smluvní strany se dohodly, že v případě, že Poskytovatel provedl za hodnocené období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 podle Seznamu zdravotních výkonů alespoň u 45 % pojištěnek Zdravotní pojišťovny, které jsou u něj registrovány k 31.12.2022, bude mu úhrada za výkon č. 63021 podle Seznamu zdravotních výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,45 a úhrada za výkon č. 63050 podle Seznamu zdravotních výkonů bude vynásobena koeficientem navýšení 1,20.

4. Smluvní strany se dohodly, že hrazené zdravotní služby poskytované těhotným pojištěnkám budou hrazeny platbou za jednotlivé trimestry ve výši a za podmínek stanovených Metodikou – Organizace péče o těhotnou pojištěnku, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku.
5. Výkony č. 32410, a 63415 podle Seznamu zdravotních výkonů budou Poskytovateli v odbornosti 603 hrazeny s hodnotou bodu stanovenou v článku II., odst. 1. a 2. tohoto Dodatku, pokud byly výkony provedeny a vykázány nebo vyžádány registrujícím poskytovatelem. Pokud tyto výkony podle Seznamu zdravotních výkonů vykáže neregistrující poskytovatel odbornosti 603 podle Seznamu zdravotních výkonů bez žádanky registrujícího lékaře, budou mu takové výkony uhrazeny s hodnotou bodu 0,53 Kč/bod.
6. Celková výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za rok 2022 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{NPURO}_{2019} \times \text{UOP}_{2022} \times (\text{index}(\text{char5}) + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2022}, \text{ kde}$$

If var = 1 then

NPURO₂₀₁₉ je průměrná úhrada za zdravotní výkony podle Seznamu zdravotních výkonů, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů, včetně úhrady za zvlášť účtovaný zdravotnický materiál (dále jen „ZÚM“) a zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZÚLP“) a individuálně smluvně sjednané úhrady za těhotné pojištěnky na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 nebo výkon č. 09511 podle Seznamu zdravotních výkonů. Referenčním obdobím se rozumí rok **refobd(char(4))**.

If var = 2 then

NPURO₂₀₁₉ je průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů, včetně ZÚM, ZÚLP a individuálně smluvně sjednané úhrady za těhotné pojištěnky na jednoho unikátního pojištěnce poskytovaná Zdravotní pojišťovnou srovnatelným poskytovatelům v dané odbornosti v referenčním období. Referenčním obdobím se rozumí rok **refobd**.

If var = 3 then

NPURO₂₀₁₉ je smluvně sjednaná průměrná úhrada za výkony podle Seznamu zdravotních výkonů, s výjimkou úhrady za výkon č. 09543 podle Seznamu zdravotních výkonů, včetně ZÚM, ZÚLP.

End if

UOP₂₀₂₂ je počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období. Do počtu unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byl vykázán pouze výkon č. 09513 nebo č. 09511 podle Seznamu zdravotních výkonů. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2022.

IGV je index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v roce 2022 vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 podle Seznamu zdravotních výkonů, k počtu těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v roce 2022 nepřesáhne hranici 20 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20%, ale nepřesáhne hranici 40%, nebo -0,02 v případě, že je tento podíl větší než 40%, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,04 v případě, že je tento podíl přesáhne hranici 60 %.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v roce 2022 vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle Seznamu zdravotních výkonů, vyžádané nebo provedené registrujícím poskytovatelem, k počtu těhotných pojištěnek Zdravotní pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v roce 2022 nepřesáhne hranici 20 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo -0,01 v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,03 v případě, že je tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení IGV a IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v roce 2022 vykázán výkon č. 63053 a 63055 podle Seznamu zdravotních výkonů nebo úhrada za některý trimestr podle článku II., odst. 4 tohoto Dodatku. V případě, že měl Poskytovatel v roce 2022 ve své péči méně těhotných pojištěnek, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₂, IGV a IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

EM₂₀₂₂ je celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtená podle Metodiky – Organizace péče o těhotnou pojištěnku. Extramurální péče bude odečtena ve výši maximálně 25 % celkové úhrady dle článku II., odst. 4 tohoto Dodatku.

F_(t) je funkce těhotných, která nabývá hodnoty od 0 do 0,06 a jejíž hodnota se vypočte takto:

$$F_{(t)} = 0,36 \times K_{(t)} + 0,0164.$$

V případě, že Poskytovatel nepečoval v roce 2022 o žádnou těhotnou pojištěnku Zdravotní pojišťovny, stanoví se hodnota funkce těhotných $F_{(t)}$ ve výši 0.

Pokud je hodnota koeficientu těhotných $K_{(t)}$ větší než 0,12, stanoví se hodnota funkce těhotných ve výši $F_{(t)}$ ve výši 0,06.

$K_{(t)}$ je koeficient těhotných, který nabývá hodnoty od 0 do 1 a jehož hodnota se vypočte takto:

$$K_{(t)} = \text{PTEH}_{2022} / \text{RUOP}_{2022}, \text{ kde}$$

PTEH₂₀₂₂ je počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň jeden z výkonů č. 63053, 63055 podle Seznamu zdravotních výkonů nebo úhrada za některý z trimestrů podle článku II., odst. 4 tohoto Dodatku.

RUOP₂₀₂₂ je počet unikátních vyšetřených pojištěnek registrovaných u Poskytovatele alespoň jeden den v roce 2022.

Nad rámec celkové úhrady vypočtené podle tohoto odstavce uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli zvlášť účtované léčivé přípravky použité v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti-D (ATC skupina J06BB01) a v rámci hrazeného očkování proti infekcím HPV u osob ve věku 13 až 14 let.

7. Nad rámec smluvně sjednaných úhrad může být Poskytovateli vyplacena bonifikace dle Přílohy č. 1 tohoto Dodatku, která je jeho nedílnou součástí, v návaznosti na hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb Poskytovatelem ze strany pojištěnců. Poskytovateli dále náleží **bonifikace ve výši 500,- Kč** za provedení každého výkonu č. 63063 – Kolposkopická expertiza, č. 63415 – Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče, č. 63701 – Vyšetření urogynekologem a č. 63703 – Ultrazvukové vyšetření urogynekologem.
8. Smluvní strany se dohodly, že hrazené zdravotní služby poskytnuté Zahraničním pojištěncům budou hrazeny výkonovým způsobem úhrady s hodnotou bodu 1,17 Kč/bod.
9. Smluvní strany se dohodly, že za každou Poskytovatelem vykázanou a Zdravotní pojišťovnou uznanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů od 18 let věku v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci Poskytovatele vykázanou výkonem č. 01543 nebo za výkony č. 63050, 63053 a 63055 podle Seznamu zdravotních výkonů v odbornosti 603 nebo 604, uhradí Zdravotní pojišťovna Poskytovateli částku 68,- Kč. Tato úhrada se nezapočítává do výpočtu celkové výše úhrady dle článku II., odst. 6. tohoto Dodatku.
10. Za každý Poskytovatelem vykázaný a Zdravotní pojišťovnou uznaný výkon č. 09115 podle Seznamu zdravotních výkonů,

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Jméno Poskytovatele dle údajů v obchodním rejstříku, živnostenském rejstříku, event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

3) Případná další IČZ, IČP přidělená zdravotnickému zařízení Poskytovatele uveďte ve zvláštní příloze

vykázány u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle Mezinárodní klasifikace nemocí, se Poskytovateli navýší úhrada o 100,- Kč, a to s výjimkou výkonů provedených ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce, za které Poskytovateli náleží úhrada ve výši 300,- Kč.

If úhrada = 6 then

11. Zdravotní služby vyúčtované Poskytovatelem budou Zdravotní pojišťovnou hrazeny maximální měsíční předběžnou úhradou ve výši níže uvedené. V případě, že Poskytovatel v daném měsíci vyúčtuje menší objem poskytnutých zdravotních služeb, než jaký odpovídá maximální výši měsíční předběžné úhrady, bude Poskytovateli v daném měsíci zapláceno výkonovým způsobem podle Seznamu zdravotních výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Poskytovatel v dalším měsíci vyúčtuje vyšší objem poskytnutých zdravotních služeb, bude maximální výše měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozích měsíců.

Maximální měsíční předběžná úhrada pro rok 2022
--

Kč

If úhrada = 3 then

11. Protože u Poskytovatele nelze stanovit výši měsíční předběžné úhrady dle objemu úhrady za předchozí období, bude Zdravotní pojišťovna hradit vyúčtované zdravotní služby Poskytovateli předběžnou úhradou na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce.

Předběžná úhrada pro rok 2022 na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce
--

Kč / 1 URČ

End if

12. Smluvní strany se dohodly, že pro účely ocenění uznané péče bude použita hodnota bodu uvedená v článku II., odst. 1., resp. odst. 2. písm. a), b) tohoto Dodatku.

13. Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:

- 13.1. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, Zdravotní pojišťovna je oprávněna Poskytovateli snížit 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 do výše odpovídající 40 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost jejich nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Do výpočtu regulace nebudou zahrnuty zdravotnické prostředky vykázané Poskytovatelem a schválené revizním lékařem Zdravotní pojišťovny s úhradou vyšší než 15 000,- Kč.
- 13.2. Pokud Poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádané výkony v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 809, 810, 812 až 819 a 823 (dále jen „Vyjmenované odbornosti“) v hodnoceném období vyšší než 110 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve Vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, Zdravotní pojišťovna je oprávněna snížit 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 do výše odpovídající 40 % z překročení. Do vyžádané péče se nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony č. 95201, 95202 a 95203, prováděné Poskytovatelem, který má se Zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto 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 zdravotních výkonů ve znění účinném k 1.1.2022 hodnotami bodu platnými v hodnoceném období.
- 13.3. Referenčním obdobím se pro účely odstavce 13 rozumí rok **refobdrpip(char(4))**.
- 13.4. Regulační omezení podle odst. 13.1. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada Zdravotní pojišťovny za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané poskytovateli poskytovajícími specializovanou ambulantní zdravotní péči v roce 2022 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento typ zdravotní péče na rok 2022 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 13.5. Regulační omezení podle odst. 13.2. tohoto článku se nepoužije, pokud celková úhrada Zdravotní pojišťovny za vyžádané služby ve Vyjmenovaných odbornostech v roce 2022 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh služeb na rok 2022 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 13.6. Pokud Poskytovatel vykáže větší průměrný objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce Zdravotní pojišťovny, a Poskytovatel bezodkladně písemně po obdržení oznámení o výši regulační srážky prokáže, že k vykázaní většího objemu předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, respektive vyžádané péče ve Vyjmenovaných odbornostech, došlo z nepředvídatelných a neovlivnitelných důvodů, které Poskytovateli objektivně znemožnily dodržet smluvně dohodnutý objem preskripce, respektive vyžádané péče, a bude neprodleně iniciovat jednání o navýšení referenčního průměru, dojde ze strany Zdravotní pojišťovny po odsouhlasení těchto skutečností k poměrnému navýšení referenčních průměrných hodnot, o čemž bude Poskytovatel písemně informován.
- 13.7. U Poskytovatele, který v referenčním období nebo v jeho části neexistoval, nebo neměl uzavřenou smlouvu se Zdravotní pojišťovnou, použije Zdravotní pojišťovna pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 13.1. a 13.2. tohoto článku referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
- 13.8. Regulační omezení podle odst. 13.1. a 13.2. tohoto článku se nepoužije, pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny při smluvně dohodnuté kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordináčních hodin týdně. V případě smluvně dohodnuté kapacity poskytovaných služeb menší než 30 ordináčních hodin týdně se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Zdravotní pojišťovny přepočítává koeficientem n/30, kde n se rovná kapacitě smluvně dohodnutých zdravotních služeb.
- 13.9. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační omezení podle odst. 13.1. a 13.2. tohoto článku maximálně do výše odpovídající 25 % objemu úhrady poskytnuté Poskytovateli za výkony snížené o objem úhrady za ZÚM a ZÚLP za rok 2022.
14. Smluvní strany se dohodly, že za zdravotní služby v odbornosti 603 a 604 poskytnuté v roce 2022 se považují veškeré hrazené zdravotní služby tohoto druhu poskytnuté pojištěncům Zdravotní pojišťovny v období od **DATUM(DATE)** do 31.12.2022, které Poskytovatel vykáže do 31.3.2023.
15. V návaznosti na termíny pro vykázaní zdravotních služeb uvedených v předchozím odstavci se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat předběžné úhrady a regulační srážky dle předchozích ustanovení za rok 2022 nejpozději do 150 dnů po skončení roku 2022 s tím, že případné srážky započte proti dalším vyúčtováním předloženým Poskytovatelem.
16. V rámci finančního vyrovnání roku 2022 obdrží Poskytovatel za každou vystavenou a Zdravotní pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v hodnoceném období, na základě nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, úhradu ve výši 1,70 Kč.

17. Poskytovatel se zavazuje, že vyúčtování za poskytnuté zdravotní služby bude zasílat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tato povinnost ze strany Poskytovatele splněna, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.
18. V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde k nárůstu poskytnutých hrazených služeb proti příslušnému referenčnímu období z hlediska jejich celkového objemu nebo v průměru na jednoho ošetřeného pojištěnce, může Poskytovatel požádat Zdravotní pojišťovnu o navýšení úhrady. Žádost musí být písemná a musí obsahovat konkrétní objektivní důvody požadovaného navýšení úhrady. Zdravotní pojišťovna posoudí relevanci Poskytovatelem uvedených důvodů a uzná-li jeho žádost jako důvodnou, může nárůst poskytnutých hrazených služeb částečně nebo plně zohlednit a odpovídajícím způsobem následně upravit výslednou celkovou výši úhrady vypočtenou dle příslušných odstavců tohoto článku.

III.

1. Smlouvou ve smyslu tohoto Dodatku je dříve uzavřená příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, resp. příslušná Smlouva o poskytování a úhradě zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Smlouva“).
2. Poměry, které nejsou výslovně upraveny tímto Dodatkem, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy.
3. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí platné Smlouvy.
4. Tento Dodatek nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti dnem zveřejnění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
5. Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, a zejména způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v tomto Dodatku, se použijí pro období od **DATUM(DATE)** do 31.12.2022.
6. Smluvní strany berou na vědomí, že Smlouva včetně jejích příloh, změn a všech dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady Zdravotní pojišťovny Poskytovateli za poskytnuté hrazené služby nebo rozsah poskytovaných hrazených služeb, bude zveřejněna na základě zákonem uložené povinnosti Zdravotní pojišťovny.
7. Smluvní strany se dohodly, že v případě aktivované datové schránky může být doručování prostřednictvím datové schránky použito k závazným smluvním jednáním.
8. Smluvní strany se dohodly, že písemnosti doručované v souvislosti s plněním Smlouvy se považují za doručené nejpozději desátým dnem po jejich uložení na poště, respektive po doručení do datové schránky v případě doručování písemností datovou schránkou.
9. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
10. Smluvní strany stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí, když jednotlivá ustanovení Dodatku jsou výsledkem vzájemné dohody smluvních stran.
11. Za Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Dodatku oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
12. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude Dodatek uzavřen cestou datových schránek způsobem uvedeným v článku III. odst. 7 tohoto Dodatku.

V **If usekzz = 3 then** Ostravě
Else Praze

dne

V

dne

za Zdravotní pojišťovnu

za Poskytovatele