

Text Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb pro segment ambulantních gynekologů pro rok 2017 – výkonová předběžná úhrada

Shora označené smluvní strany se v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, dohodly, že hrazené služby poskytované Poskytovatelem pojištěncům Pojišťovny v roce 2017 budou hrazeny podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Hrazené služby poskytované Poskytovatelem v odbornosti 603 – gynekologie a porodnictví a 604 – dětská gynekologie v roce 2017 budou hrazeny výkonově (včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaného materiálu) dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“), kdy hodnota bodu činí 1,08 Kč s omezením hranicí plné úhrady v návaznosti na počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených v dané odbornosti v příslušném referenčním a hodnoceném období.
- 2) Hranice plné úhrady pro Poskytovatele (HPU) za hodnocené období se určí po ukončení hodnoceného období takto:

$$\text{HPU} = \text{U}_{\text{RO}} * (\text{URČ}_{\text{HO}} / \text{URČ}_{\text{RO}}) * 1,035 * \text{I}_{\text{kva}}$$

kde:

U_{RO} celková výše úhrady Poskytovateli Pojišťovnou za hrazené služby za referenční období upravená na srovnatelnou základnu roku 2017 (zohlednění bonifikací, ambulantních operačních výkonů a hrazených služeb o těhotné). Referenčním obdobím se rozumí rok 2015.

URČ_{HO} celkový počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období, s výjimkou unikátních pojištěnců, na které byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511. Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2017.

URČ_{RO} celkový počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v referenčním období, s výjimkou unikátních pojištěnců, na které byly vykázány pouze zdravotní výkony 09513 a 09511.

I_{kva} index kvality Poskytovatele, hodnota I_{kva} bude stanovena dle kritérií stanovených v odst. 3) tohoto článku Dodatku. Pro rok 2017 činí základní hodnota I_{kva} minimálně 1,00.

- 3) Základní hodnotu I_{kva} Pojišťovna Poskytovateli navýší, pokud Poskytovatel průkazným způsobem Pojišťovně do 31. 12. 2017 doloží:
 - a) kopii certifikace ISO platnou minimálně po dobu 6 měsíců roku 2017 = v tomto případě Pojišťovna zvýší hodnotu I_{kva} Poskytovateli o 0,05
 - b) možnost pojištěnkám Pojišťovny se k poskytnutí hrazených služeb u Poskytovatele objednat = v tomto případě Pojišťovna zvýší hodnotu I_{kva} Poskytovateli o 0,01
 - c) ordinační dobu s dřívějším začátkem nebo pozdějším koncem (2 krát týdně ordinační hodiny do 18 hodin nebo 3 krát týdně začátek ordinačních hodin v 7 hodin) = v tomto případě Pojišťovna zvýší hodnotu I_{kva} Poskytovateli o 0,01
 - d) v případě splnění podmínek podle písm. b) a c) současně, Pojišťovna zvýší hodnotu I_{kva} Poskytovateli o 0,025.

Rozsah hrazených služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny definovaných v písm. b) a c) oznámí Poskytovatel Pojišťovně vyplněním Přílohy č. 1 k Dodatku. Změny údajů definovaných v písm. b) a c) se Poskytovatel zavazuje neprodleně oznámit Pojišťovně včetně uvedení účinnosti změny vyplněním Přílohy č. 1 k Dodatku.

- 4) V případě, že počet těhotných pojištěnek Pojišťovny (vykázán výkon 63055 nebo 63053), registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2017 a odeslaných Poskytovatelem v hodnoceném období na genetické vyšetření (výkony v rámci odborností 208 a 816):
 - a) přesáhne hranici 40 % počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2017 v hodnoceném období, bude hodnota 1,035 uvedená ve vzorci v odstavci 2 snížena o 0,01 za každých započatých 10 p.b. nad uvedenou hranici.
 - b) dosáhne podílu 0-30 % počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele k 31. 12. 2017 v hodnoceném období, bude hodnota 1,035 uvedená ve vzorci v odstavci 2 zvýšena o 0,025.

- 5) Nad rámec plné úhrady stanovené podle odstavce 2) a 3) uhradí Pojišťovna Poskytovateli v odbornosti 603 a 604 za rok 2017:
- a) za stávající registrované pojištění Pojišťovny, u kterých v roce 2017 Poskyvatel jako naposledy registrující vykázal výkon 63050 (preventivní prohlídka) bonifikaci ve výši 100 Kč / unikátní rodné číslo s platnou registrací u Pojišťovny k 31. 12. 2017,
 - b) za nově registrované pojištění Pojišťovny, na které byl v roce 2017 u naposledy registrujícího Poskytovatele vykázán výkon 63021 (komplexní vyšetření gynekologem) bonifikaci ve výši 200 Kč / unikátní rodné číslo s platnou registrací u Pojišťovny k 31. 12. 2017,
 - c) za „těhotenský balíček“ (frekvence / výkon): 1x / 63053 (komplexní prenatalní vyšetření 2), 11x / 63055 (vyšetření v prenatalní poradně 2), 11x / 09532 (prohlídka osoby dispenzarizované), 2x / 63532 (odběr materiálu z pochvy, čípku a hrdla děložního), 2x / 09119 (odběr krve ze žíly u dospělého nebo dítěte nad 10 let), 1x / 63411 (screeningové ultrasonografické vyšetření v 18.-20. týdnu těhotenství), 1x / 63413 (screeningové ultrasonografické vyšetření v 30.-32. týdnu těhotenství), 5x / 63115 (externí kardiologické vyšetření) bude úhrada provedena takto:
 - v případě „minimálního těhotenského balíčku“ částka 3 555 Kč / unikátní rodné číslo. Výkony č. 63053, 63055, 09532, 63532 a 09119 jsou provedeny a vykázány registrujícím Poskytovatelem. Výkony č. 63411, 63413, 63115 nejsou provedeny a vykázány registrujícím Poskytovatelem, ale jedná se o vyžádanou péči. Částka bude Poskytovateli vyplacena v případě, že u něj bude pojištění Pojišťovny registrována po celou dobu těhotenství (tzn. od vykazání prvního signálního výkonu 63053 až do doby ukončení těhotenství porodem).
 - v případě „maximálního těhotenského balíčku“ částka 5 358 Kč / unikátní rodné číslo. Tento balíček zahrnuje výkony „minimálního balíčku“ a výkony č. 63411, 63413, 63115, které jsou provedeny a vykázány registrujícím Poskytovatelem. Částka bude Poskytovateli, u kterého byla pojištění Pojišťovny registrována ke konci konkrétního trimestru, vyplacena ve výši 1/3 z celkové ceny „maximálního těhotenského balíčku“ za každý ukončený trimestr gravidity.
 - v případě „sono těhotenského balíčku“ (bez výkonu č. 63115) částka 4 152 Kč / unikátní rodné číslo. Tento balíček zahrnuje výkony „minimálního balíčku“ a výkony č. 63411, 63413, které jsou provedeny a vykázány registrujícím Poskytovatelem. Výkon č. 63115 není proveden a vykázán registrujícím Poskytovatelem, ale jedná se o vyžádanou péči. Částka bude Poskytovateli, u kterého byla pojištění Pojišťovny registrována ke konci konkrétního trimestru, vyplacena ve výši 1/3 z celkové ceny „sono těhotenského balíčku“ za každý ukončený trimestr gravidity.
 - d) za ambulantní operační balíček vykázaný v souladu s Vyhláškou MZ č. 134/1998 Sb.:
 - částku 5 500 Kč / unikátní rodné číslo za konizaci cervixu, jakoukoliv technikou s výjimkou užití laseru (výkon č. 63533)
 - částku 6 500 Kč / unikátní rodné číslo za hysteroskopii diagnostickou (výkon č. 63611 včetně ZUM)
 - částku 10 500 Kč / unikátní rodné číslo za operační hysteroskopii (výkon č. 63613 včetně ZUM, ZULP)
 - částku 24 000 Kč / unikátní rodné číslo za minimálně invazivní uretropexi k léčbě stressové inkontinence (příčti cystoskopii) (výkon č. 76601 včetně ZUM)
- 6) Podmínky pro výplatu bonifikace za provedení preventivních prohlídek u stávajících registrovaných pojištěnek Pojišťovny jsou stanoveny v článku 2 odstavci 1). Podmínky pro výplatu „těhotenského balíčku“ jsou stanoveny v článku 2 odstavci 2). Podmínky pro výplatu ambulantního operačního balíčku jsou stanoveny v článku 2 odstavci 3).
- 7) Za každý Poskytovatelem oprávněně vykázaný a Pojišťovnou uznaný výkon 09543, za podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb., ve znění účinném do 31. 12. 2014, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. uhradí Pojišťovna Poskytovateli 30 Kč. Maximální úhrada Poskytovateli za vykázané výkony 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. v hodnoceném období nepřekročí částku ve výši třicetinásobku počtu výkonů 09543 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., ve znění účinném v roce 2014, vykázaných Pojišťovně v roce 2014. Tato úhrada se nezapočítává do hranice plné úhrady dle odstavce 2).
- 8) Omezení hranic plné úhrady podle odstavce 2), resp. 3) se nepoužije v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.

Článek 2

Podmínky pro přiznání bonifikačních plateb

- 1) Pro přiznání bonifikační platby definované v článku 1 odstavci 5) písm. a) je nutné, aby Poskyvatel:
- a) v aktuálním období provedl a Pojišťovně vykázal preventivní prohlídky (tzn. Pojišťovnou uznané výkony č. 63050) minimálně u 40 % registrovaných pojištěnek Pojišťovny nebo

- b) v případě, že Poskytovatel nesplní podmínku stanovenou písm. a), musí počet preventivních prohlídek (tzn. Pojišťovnou uznané výkony č. 63050) provedených a vykázaných Poskytovatelem v aktuálním období o 10 % převýšit počet preventivních prohlídek provedených a vykázaných Poskytovatelem v referenčním období.

Počet provedených preventivních prohlídek u registrovaných pojištěnek Pojišťovny dle písm. a) tohoto odstavce bude posuzován ke stavu registrací pojištěnek Pojišťovny u Poskytovatele platných k 31. 12. 2017.

- 2) Pro uznání úhrady péče o těhotné pojištěnky Pojišťovny formou „těhotenského balíčku“ definovaného v článku 1 odstavci 5) písm. c) je nutné splnění těchto podmínek:

a) „minimální těhotenský balíček“:

- optimální obsah balíčku je stanoven v následující struktuře: 1x výkon č. 63053, 11x výkon č. 09532, 11x výkon č. 63055, 2x výkon č. 63532, 2x výkon č. 09119
- minimální povinné spektrum obsahu výkonů je stanoveno v následující struktuře: 1x výkon č. 63053 (první signální kód), 7x výkon č. 09532, 7x výkon č. 63055

b) „maximální těhotenský balíček“

- optimální obsah balíčku pro 1. trimestr je stanoven v následující struktuře: 1x výkon č. 63053, 1x výkon č. 09532, 1x výkon č. 63055, 2x výkon č. 63532, 1x výkon č. 09119
- optimální obsah balíčku pro 2. trimestr je stanoven v následující struktuře: 1x výkon č. 63411, 5x výkon č. 09532, 5x výkon č. 63055, 1x výkon č. 09119
- optimální obsah balíčku pro 3. trimestr je stanoven v následující struktuře: 1x výkon č. 63413, 5x výkon č. 09532, 5x výkon č. 63055, 5x výkon č. 63115
- minimální povinné spektrum obsahu výkonů pro 1. trimestr je stanoveno v následující struktuře: 1x výkon č. 63053 (první signální kód)
- minimální povinné spektrum obsahu výkonů pro 2. trimestr je stanoveno v následující struktuře: 1x výkon č. 63411 (druhý signální kód), 3x výkon č. 09532, 3x výkon č. 63055
- minimální povinné spektrum obsahu výkonů pro 3. trimestr je stanoveno v následující struktuře: 1x výkon č. 63413 (třetí signální kód), 4x výkon č. 09532, 4x výkon č. 63055, 3x výkon č. 63115

c) „sono těhotenský balíček“

- optimální obsah balíčku pro 1. trimestr je stanoven v následující struktuře: 1x výkon č. 63053, 1x výkon č. 09532, 1x výkon č. 63055, 2x výkon č. 63532, 1x výkon č. 09119
- optimální obsah balíčku pro 2. trimestr je stanoven v následující struktuře: 1x výkon č. 63411, 5x výkon č. 09532, 5x výkon č. 63055, 1x výkon č. 09119
- optimální obsah balíčku pro 3. trimestr je stanoven v následující struktuře: 1x výkon č. 63413, 5x výkon č. 09532, 5x výkon č. 63055
- minimální povinné spektrum obsahu výkonů pro 1. trimestr je stanoveno v následující struktuře: 1x výkon č. 63053 (první signální kód)
- minimální povinné spektrum obsahu výkonů pro 2. trimestr je stanoveno v následující struktuře: 1x výkon č. 63411 (druhý signální kód), 3x výkon č. 09532, 3x výkon č. 63055
- minimální povinné spektrum obsahu výkonů pro 3. trimestr je stanoveno v následující struktuře: 1x výkon č. 63413 (třetí signální kód), 4x výkon č. 09532, 4x výkon č. 63055

- d) příslušný těhotenský balíček, resp. jeho poměrná část za trimestr, bude proplacen/a v plném rozsahu, pokud Poskytovatel vykáže výše uvedené minimální spektrum výkonů stanovené pro příslušný typ těhotenského balíčku

- e) vyšší frekvence kteréhokoliv z uvedených výkonů nemá vliv na celkovou výši „těhotenského balíčku“

- f) nebude-li ze strany Poskytovatele naplněno výše uvedené minimum výkonů, bude Poskytovatel hrazen formou maximální úhrady v souladu s článkem 1 odstavcem 2) a 3)

- g) v případě, že je péče o těhotnou pojištěnku Pojišťovny v rámci jednoho trimestru poskytována dvěma registrujícími Poskytovateli, je úhrada „těhotenského balíčku“ za daný trimestr provedena Poskytovateli registrujícímu těhotnou pojištěnku Pojišťovny na konci příslušného trimestru (neregistrujícímu Poskytovateli budou výkony „těhotenského balíčku“ uhrazeny v rámci maximální úhrady stanovené v článku 1 odstavci 2) a 3) tohoto Dodatku).

- 3) Podmínkou pro úhradu hrazených služeb definovaných v článku 1 odstavci 5) písm. d) formou balíčku je nasmílování příslušných výkonů v rámci Přílohy č. 2 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou a souhlas Pojišťovny s úhradou hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem formou balíčku. Poskytovateli, který vykáže některý z ambulantních operačních balíčků definovaných v článku 1 odstavci 5) písm. d), nebude za den vykázaní některého z uvedených výkonů proplacena jiná hrazená služba poskytnutá a vykázaná Poskytovatelem na dané ošetřené rodné číslo.

Regulační omezení

Pojišťovna bude vůči Poskytovateli v rámci regulačních omezení postupovat dle části B) Přílohy č. 4 k Vyhlášce MZ č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017.

Článek 4

- 1) Pojišťovna se zavazuje uhradit Poskytovateli hrazené služby poskytnuté jejím pojištěncům v roce 2017, vykázané podle tohoto Dodatku tak, že za období 1-12/2017 uhradí Poskytovateli vykázané a Pojišťovnou uznané služby ohodnocené dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. zálohovou hodnotou bodu ve výši 1,08 Kč.
- 2) Jestliže Poskytovatel ukončí svoji činnost v průběhu hodnoceného období, považuje se úhrada dle odstavce 1) za úhradu konečnou.
- 3) Finanční vypořádání hrazených služeb Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných do výše hranice plné úhrady dle článku 1 odstavce 2) a 3) bude provedeno do 31. 5. 2018.
- 4) Finanční vypořádání úhrad nad rámec hranice plné úhrady Poskytovateli dle článku 1 odstavce 5) až 7) a článku 2 bude provedeno v rámci ročního vyúčtování hrazených služeb za rok 2017, tzn. do 31. 5. 2018.
- 5) Poskytovatel se zavazuje vyúčtovat hrazené služby poskytnuté v roce 2017 nejpozději do 31. 3. 2018. Tímto není dotčeno jeho právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu. Pojišťovna však není povinna započítat opravné dávky uplatněné po 31. 3. 2018 do finančního vypořádání dle článku 1 odstavce 2) až 4).
- 6) Jestliže Poskytovatel ukončí svoji činnost v průběhu hodnoceného období, považuje se předběžná úhrada dle odstavce 1) za úhradu konečnou.
- 7) V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde ke změnám struktury a k podstatnému nárůstu objemu poskytovaných hrazených služeb oproti referenčnímu období, může Poskytovatel požádat Pojišťovnu o zohlednění v rámci výpočtu výše celkové úhrady. Poskytovatel musí svou žádost Pojišťovně předat písemně společně s řádným odůvodněním nejpozději do 30 dnů od zaslání vyúčtování. Pojišťovna žádost Poskytovatele posoudí a v případě, že uzná žádost jako odůvodněnou, může výši celkové úhrady částečně nebo plně zohlednit.
Pokud vznikne nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána zvláštní platbou. Přeplatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započítat proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, v němž bude přeplatek uveden.
- 8) Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2017 jsou vykazovány a hrazeny způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu těchto služeb platí Dodatky platné pro příslušné kalendářní období, ve kterém byly hrazené služby poskytnuty. Tyto dodatečně účtované hrazené služby se vykazují samostatnou dávkou a samostatnou fakturou.

Článek 5

- 1) Poskytovatel se v souladu s Metodikou pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, v platném znění a Datovým rozhraním VZP ČR zavazuje předávat Pojišťovně na elektronickém nosiči seznam nově registrovaných pojištěnek Pojišťovny, které se u něho registrují, a dále průběžnou aktualizaci údajů o změnách v registraci. Nebudou-li tyto údaje Poskytovatelem Pojišťovně předány nejpozději do 31. 3. 2018, je Pojišťovna oprávněna neuhradit Poskytovateli částky uvedené v odstavci 5) písm. a) a b) článku 1 tohoto Dodatku.
- 2) V případě, že Pojišťovna zjistí, že Poskytovatel vybral od pojištěnky Pojišťovny poplatek za provedení screeningového vyšetření, bude toto považováno za porušení podmínek upravených Smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Článek 6

- 1) Poskytování hrazených služeb pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie) se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnutých hrazených služeb za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v platném znění, podle Nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 883/2004 a 987/2009, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č.1231/2010, Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 465/2012 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 3/2011.
- 2) Hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí nebudou zahrnuty do regulačních omezení.
- 3) Poskytovatel se zavazuje zasílat vyúčtování za hrazené služby poskytované pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v elektronické či papírové formě na následující adresu

Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, ZP MV ČR, Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3. O případné změně formy předávání vyúčtování za hrazené služby poskytnuté pojištěncům z členských a smluvních zemí bude Poskytovatel informován. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má Poskytovatel možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad ZP MV ČR. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizímu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 7

- 1) Tento Dodatek nabývá platnosti dnem doručení Dodatku podepsaným Poskytovatelem do Pojišťovny.
- 2) Smluvní strany výslovně prohlašují, že tento Dodatek potvrzuje veškerá jejich právní jednání a ujednání učiněná mezi nimi, související s plněním tohoto Dodatku, v období od 1. 1. 2017, ne však dříve než od data uvedeného v platně uzavřené Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb, do dne doručení Dodatku podepsaného Poskytovatelem do Pojišťovny, a že na takovém základě uznávají tento Dodatek za platný a účinný i pro uvedené období, včetně období do dne jeho zveřejnění.
- 3) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 4) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb.
- 5) Poskytovatel bere na vědomí, že tento Dodatek bude zveřejněn ve smyslu ustanovení § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 6) Veškeré změny a doplňky tohoto Dodatku lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.
- 7) Smluvní strany v souladu s ustanovením § 1740 odst. 3 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, vylučují přijetí návrhu nebo změny Dodatku s výjimkou Přílohy č. 1 s jakoukoliv výhradou, dodatkem nebo odchylkou od učiněného návrhu.
- 8) Poskytovatel se v souvislosti s ustanovením § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zavazuje, že vrátí podepsaný Dodatek neprodleně zpět do Pojišťovny, nejpozději však do 30. 11. 2017. Pokud tato podmínka splněna nebude, platnost návrhu na uzavření tohoto Dodatku, případně platnost oboustranně podepsaného Dodatku zaniká.
- 9) Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že Dodatek byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

IČO Poskytovatele:

IČZ Poskytovatele:

Interní označení Poskytovatele:

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ POSKYTOVATELE
K ROZSAHU POSKYTOVANÝCH HRAZENÝCH SLUŽEB POJIŠTĚNCŮM POJIŠŤOVNY**

(Poskytovatel je povinen doložit příslušné doklady, že splňuje uvedenou podmínku, pokud tak již neučinil)

Proti údajům nahlášeným Pojišťovně v roce 2016 došlo k 1. 1. 2017 ke změnám:

ANO

NE

V případě, že proti roku 2016 došlo ke změnám, Poskytovatel zvolí a označí jednu z uvedených variant, u které došlo ke změně:

Poskytovatel umožňuje pojištěnkám Pojišťovny se k poskytnutí hrazených služeb u Poskytovatele objednat:

ANO

NE

Datum platnosti změny údaje:

Ordinační doba Poskytovatele splňuje podmínku dřívějšího začátku nebo pozdějšího konce *(Poskytovatel je povinen doložit příslušné doklady, že splňuje uvedenou podmínku):*

ANO

NE

Datum platnosti změny údaje:

Přehled ordinačních hodin oznamte místně příslušné pobočce Pojišťovny pouze v případě, že došlo ke změnám oproti údajům nahlášeným v roce 2016 nebo tento údaj Poskytovatel Pojišťovně dosud nedoložil.

V dne

.....
Poskytovatel (podpis, razítko)