

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

č. 5T87G011 ze dne 31. 8. 2015 (dále jen „Smlouva“)
(poskytovatel v odbornostech 603, 604 – gynekologie a porodnictví a dětská gynekologie)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	TOP GYN CENTER s.r.o.
Sídlo (obec):	Havířov-Město
Ulice, č.p., PSČ:	Marušky Kudeříkové 1559/1a, 73601
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none"> Krajský soud Ostrava, oddíl C, vložka 5827, dne 30. 4. 1993 nezapísáno se 	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Tadeáš Piegza, MUDr. Vít Příbyl, jednatelé společnosti
IČ:	47976471
IČZ:	87127000

(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):	Bc. Jana Hlubková, vedoucí referátu správy smluv II Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj
Doručovací adresa (obec):	Ostrava, Moravská 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 poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od **1. 1. 2021 do 31. 12. 2021** bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (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. odst. 2 písm. a), b) a d), 3, 5 písm. d), g) a písm. i), 6, 7, 8 a 9, v článku III. odst. 8 a 9, v článku IV. odst. 2 a v článku V. odst. 1 tohoto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že dohody uvedené v článku II. odst. 2 písm. a), b) a d), 3, 5 písm. d), g) a písm. i), 6, 7, 8 a 9, v článku III. odst. 8 a 9, v článku IV. odst. 2 a v článku V. odst. 1 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.

3. Referenčním a hodnoceným obdobím se rozumí období definované v § 2 vyhlášky.

Článek II.

1. Hrazené služby v odbornosti 603 a 604 poskytované pojištěncům Pojišťovny budou, není-li mezi smluvními stranami sjednáno jinak, vykazovány a hrazeny výkonově dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů (dále jen Seznam výkonů), kdy **hodnota bodu se sjednává ve výši 1,07 Kč za bod.**
2. Hodnota bodu dle odst. 1 se dále navýší o 0,01 Kč za každou níže splněnou podmínku:
 - a. **Diplom celoživotního vzdělávání** – v případě, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci Poskytovatele poskytují hrazené služby pojištěncům Pojišťovny, jsou k **1. lednu 2021** držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů. Smluvní strany se dohodly, že tuto skutečnost doloží Pojišťovně prostřednictvím jmenného seznamu lékařů Česká lékařská komora (dále jen „ČLK“), případně sám Poskytovatel nejpozději do 31. 1. 2021, a že se za platný doklad celoživotního vzdělávání považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka dle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že Poskytovatel do jednoho měsíce po eventuálním skončení platnosti Dokladu doručí Pojišťovně nový Doklad, jehož platnost bude navazovat na platnost původního Dokladu. Smluvní strany mají za to, že platnost původního a nového Dokladu na sebe navazuje v případě, že časová prodleva mezi datem ukončení platnosti původního Dokladu a datem nabytí platnosti nového Dokladu bude činit maximálně 30 kalendářních dnů.
 - b. **Rozsah a rozložení ordinační doby** – v případě, že Poskytovatel alespoň u jednoho pracoviště (IČP) po celé hodnocené období poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu prodlouženy nejméně do 18 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň 2 dny v týdnu nejpozději od 7 hodin nebo má ordinační hodiny alespoň jeden den v týdnu nejpozději od 7 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu prodlouženy nejméně do 18 hodin. Smluvní strany se dohodly, že ordinačními hodinami se pro účely tohoto Dodatku rozumí ordinační hodiny sjednané v příloze č. 2 Smlouvy mezi Pojišťovnou a Poskytovatelem a jedná se o dobu, kdy je na daném pracovišti **Poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, resp. se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie dětí a dospívajících.** Výjimkou jsou poskytovatelé, u nichž poskytuje hrazené služby jediný lékař (nositel výkonů), a to na více pracovištích (IČP), přičemž v tomto případě se ordinační hodiny za jednotlivá pracoviště (IČP) posuzují společně. Zároveň Poskytovatel souhlasí se zveřejněním ordinačních hodin na webových stránkách Pojišťovny a zavazuje se, že případné změny bezodkladně oznámí Pojišťovně.
 - c. **Akreditace ke vzdělávání** – v případě, že Poskytovatel Pojišťovně doloží do **31. 12. 2021** 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 je platné po celé hodnocené období.
 - d. **Certifikát kvality** – v případě, že Poskytovatel doloží Pojišťovně do **31. 12. 2021**, že je držitelem certifikátu kvality ISO 9001, který je platný po celé hodnocené období.
3. Pro případ, že Poskytovatel v souladu se Smlouvou poskytuje hrazené služby jen v části hodnoceného období, se smluvní strany dohodly, že podmínky uvedené v odst. 2 jsou považovány za splněné, pokud je Poskytovatel splňuje po celé období poskytování hrazených služeb dle Smlouvy.
4. V případě, že Poskytovatel provede v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkonem č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 50 % pojištěnců Pojišťovny, kteří jsou u něj registrováni k 31. 12. 2021, bude mu úhrada za výkon č. 63021 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,45 a úhrada za výkon č. 63050 podle seznamu výkonů vynásobena koeficientem navýšení 1,20.
5. Úhrada péče za těhotné – pro hrazené služby poskytované těhotným pojištěnkám registrujícím poskytovatelem se stanovuje úhrada ve výši podle písm. a) až c), a to za podmínek stanovených v písm. d) až i):
 - a. Hrazené služby v prvním trimestru těhotenství se vykazují výkonem **VZP č. 63897 – (VZP) Platba za péči o těhotnou v I. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon VZP č. 63897 je stanovena ve výši 1 576 Kč.** Výkon se vyazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky.

- b. Hrazené služby ve druhém trimestru těhotenství se vykazují výkonem **VZP č. 63898 – (VZP) Platba za péči o těhotnou ve II. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon VZP č. 63898 je stanovena ve výši 2 626 Kč.** Výkon se vykazuje ve 14. týdnu těhotenství.
 - c. Hrazené služby ve třetím trimestru těhotenství se vykazují výkonem **VZP č. 63899 – (VZP) Platba za péči o těhotnou ve III. trimestru těhotenství. Úhrada za výkon VZP č. 63899 je stanovena ve výši 3 677 Kč.** Výkon se vykazuje ve 28. týdnu těhotenství.
 - d. V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63896 – (VZP) Signální výkon ukončení těhotenství potratem, nebo v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon č. 63895 – (VZP) Signální výkon - ukončení těhotenství mimo PZS.
 - e. Poskytovatel je povinen vykazovat kontakt s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, 63411 (pokud tento výkon ultrazvukového vyšetření Poskytovatel provedl) nebo 63413 (pokud tento výkon ultrazvukového vyšetření Poskytovatel provedl) podle seznamu výkonů, jejichž úhrada je součástí výše uvedených plateb a slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím Poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím Poskytovatelem.
 - f. Podmínkou úhrady hrazených služeb podle písm. a) až c) je registrace pojištěnce u Poskytovatele v odbornosti 603. Za registraci se považuje platná registrace pojištěnce v kapitačním centru v okamžiku vykazání výkonů dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
 - g. U těhotných pojištěnek, u nichž se úhrada za hrazené služby stanoví dle písm. a) až c) nejsou v průběhu těhotenství Poskytovatelem vykazovány a Pojišťovnou hrazeny výkony č. 09115, 09119, 09123, 09133, 09215, 09219, 09223, 09511, 09513, 09523, 09532, 63021, 63022, 63023, 63115, 63417 a 63532 podle seznamu výkonů s výjimkou výkonu 09215, pokud jej Poskytovatel vykáže v souvislosti s aplikací imunoglobulinu (Ig) G anti – D pro účely úhrady aplikovaného ZULP. Tyto výkony jsou započteny v úhradě dle písm. a) až c) tohoto odstavce.
 - h. Výkony č. 32410, 32420 a 63415 podle seznamu výkonů vykázané na dokladu 01 (Vyúčtování výkonů v ambulantní péči) jsou registrujícímu Poskytovateli hrazeny s hodnotou bodu dle odst. 1 a 2. V případě jejich vykazání neregistrujícím Poskytovatelem, jsou hrazeny jako vyžádaná péče s hodnotou bodu dle odst. 1 a 2 za předpokladu, že byly indukovány registrujícím Poskytovatelem na dokladu 06 (Poukaz na vyšetření/ošetření). V případě, že tyto výkony vykáže neregistrující Poskytovatel bez žádanky registrujícího poskytovatele, budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč.
 - i. V případě, že neregistrující Poskytovatel v odbornosti 603 vykáže v průběhu těhotenství některý z výkonů uvedených v písm. e) a g) budou mu uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč a zároveň bude tato péče odečtena registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč, s výjimkou výkonů 63411 a 63413, které budou neregistrujícímu poskytovateli uhrazeny s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč a zároveň budou odečteny registrujícímu poskytovateli s hodnotou bodu ve výši 1,07 Kč. Výjimkou jsou výkony č. 63022, 63023 nebo 63417, které je neregistrující Poskytovatel oprávněn vykázat jako nepravidelnou péči o těhotnou pojištěnku na dokladu 05 (Vyúčtování výkonů nepravidelné péče) a které jsou v takovém případě hrazeny neregistrujícímu Poskytovateli s hodnotou bodu dle odst. 1 a 2 a jejich úhrada nevstupuje do hodnoty extramurální péče registrujícího poskytovatele.
6. Celková výše úhrady (dále jen „celková úhrada“) Poskytovateli poskytujícími hrazené služby v dané odbornosti nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$NPURO_{2019} * UOP_{2021} * (1,11 + F_{(t)} + IGV + IUV) - EM_{2021}$$

kde:

NPURO₂₀₁₉ **průměrná úhrada** za zdravotní výkony (s výjimkou úhrady za výkon č. 09543), včetně zvlášť účtovaného materiálu, zvlášť účtovaných léčivých přípravků, bonifikačních plateb Pojišťovny, na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti Poskytovatelem v referenčním období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykazány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle seznamu výkonů, do průměrné úhrady se nezahrnou 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.

UOP₂₀₂₁ **počet unikátních pojištěnců** Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v hodnoceném období; do počtu unikátních pojištěnců se nezahrnou unikátní pojištěnci, na které byly vykazány pouze výkony č. 09513 nebo č. 09511 podle Seznamu výkonů.

EM₂₀₂₁ celková hodnota extramurální péče o těhotné pojištěnky vypočtené dle odst. 5 písm. i), maximálně 10 % celkové úhrady dle odst. 5 písm. a) až c).

IGV index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 k počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 30 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 30 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo (-0,02) v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo (-0,04) v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

IUV index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 dle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 30 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 30 %, ale nepřesáhne hranici 50 %, nebo (-0,02) v případě, že tento podíl je větší než 50 %, ale nepřesáhne hranici 70 %, nebo (-0,04) v případě, že tento podíl přesáhne hranici 70 %.

Za **těhotnou pojištěnku** se pro účely vyhodnocení IGV a IUV považuje pojištěnka, na kterou byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 63897, 63053, 63055, 63898 nebo 63899. V případě, že měl poskytovatel v hodnoceném období ve své péči méně těhotných, než odpovídá 1,5 % z počtu RUOP₂₀₂₁ Pojišťovny, IGV a IUV se při výpočtu úhrady nepoužije.

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

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

V případě, že poskytovatel nepečoval v hodnoceném období o žádnou těhotnou pojištěnku 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 $F_{(t)}$ ve výši 0,06.

kde:

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

$$K_{(t)} = \frac{PTEH_{2021}}{RUOP_{2021}}$$

kde:

PTEH₂₀₂₁ počet registrovaných unikátních těhotných pojištěnek, na které byl vykázán alespoň jeden z výkonů č. 63897, 63053, 63055, 63898 nebo 63899.

RUOP₂₀₂₁ počet unikátních vyšetřených pojištěnců registrovaných u Poskytovatele alespoň jeden den v roce 2021.

- Celkovou úhradou jsou uhrazeny veškeré hrazené služby poskytnuté Poskytovatelem v hodnoceném období, s výjimkou služeb uvedených v odst. 8 – 10, jejichž úhrada vypočtená dle odst. 8 – 10 bude k celkové úhradě připočtena.
- Nad rámec celkové úhrady vypočtené podle článku II. odst. 1 - 6 Pojišťovna Poskytovateli uhradí 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.
- Za každou epizodu péče nebo kontakt u pojištěnek pojištěnců Pojišťovny v souvislosti s klinickým vyšetřením vykázanou výkonem č. **01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče** se stanoví úhrada ve výši 56 Kč. Za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření, včetně výkonů 63050, 63053 a 63055.
- Za každou Poskytovatelem vykázanou a Pojišťovnou uznanou položku na receptu v elektronické podobě v roce 2021, na základě, nichž dojde k výdeji léčivých přípravků plně či částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, Pojišťovna Poskytovateli uhradí částku ve výši 1,70 Kč. Celkovou částku dle tohoto ujednání uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2021.
- V souvislosti s registracemi pojištěnců a úhradou dle odst. 5 Poskytovatel předává doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Pokud Poskytovatel předává dávku č. 80 - přihlášky registrovaných pojištěnců elektronickou formou, je povinen ji předat Pojišťovně do 5. pracovního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány.

12. V případě, že Poskytovatel v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu s Pojišťovnou, neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, nebo v případě, převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb podle § 17 odst. 8 ZVZP, použije Pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období srovnatelných Poskytovatelů.
13. Pokud v důsledku nasmlouvání nových výkonů v dané odbornosti dojde u Poskytovatele k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, celková úhrada poskytnutá Poskytovateli se navýší o hodnotu Poskytovatelem vykázaných a Pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně ZUM a ZULP, nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu ve výši 1,- Kč. Výkon 63050 smluvní strany nepovažují za nově nasmlouvaný výkon, který by zakládal právo Poskytovatele na navýšení úhrady podle tohoto odstavce.
14. Pojišťovna při vyúčtování zohlední případy, kdy Poskytovatel prokáže, že zvýšené průměrné náklady na ZUM, ZULP na jednoho unikátního pojištěnce v dané odbornosti byly způsobeny změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.
15. Smluvní strany se dohodly, že pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 50 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb minimálně 30 ordinačních hodin týdně, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu celkové úhrady podle odst. 6 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.

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 819 a 823 podle Seznamu výkonů (dále vyjmenované odbornosti) 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 105 % 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 doplatky 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 105 % 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 a výkon 95201, 95202, 95203, 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 zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2021 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. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 1 tohoto článku, pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2021 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2021 vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
5. Pojišťovna neuplatní regulaci podle odst. 2 tohoto článku, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2021 nepřevyší na tento druh hrazených služeb předpokládanou výši úhrad na rok 2021, vycházející ze Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.
6. 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.

7. 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.
8. Pojišťovna uplatní regulační srážku podle odst. 1 a 2 tohoto článku maximálně do výše odpovídající 25 % objemu celkové úhrady poskytnuté Pojišťovnou Poskytovateli za zdravotní výkony dle čl. II. odst. 1 až 6 snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky.
9. Pokud Poskytovatel ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období v dané odbornosti 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.
10. Pokud Poskytovatel vykáže zdravotnický prostředek s úhradou vyšší než 15 000 Kč, 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 v termínech dohodnutých ve Smlouvě. Pojišťovna provede úhradu hrazených služeb formou předběžné měsíční úhrady a ročního finančního vypořádání.
2. Pojišťovna poskytne Poskytovateli předběžnou měsíční úhradu, která bude odpovídat fakturované částce, přičemž částka fakturovaná za poskytnuté hrazené služby nesmí za příslušný měsíc překročit maximální limit měsíční předběžné úhrady sjednaný pro rok 2021 ve výši **104 259,- Kč měsíčně**.
3. Předložení faktury na částku převyšující maximální limit předběžné měsíční úhrady opravňuje Pojišťovnu vrátit Poskytovateli příslušnou fakturu k provedení opravy. V takovém případě běží doba splatnosti sjednaná ve Smlouvě až od termínu opětovného převzetí faktury Pojišťovnou.
4. Předběžné úhrady za rok 2021 se považují za zálohy a budou finančně vypořádány v rámci celkového finančního vypořádání.
5. 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.
6. Hrazené služby poskytnuté v období před 1. 1. 2021 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.

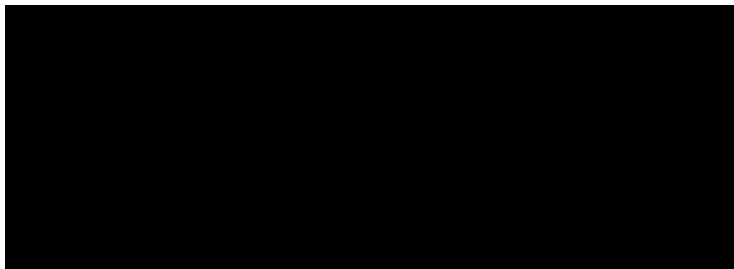
Článek V.

1. Hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům jsou hrazeny dle seznamu zdravotních výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,14 Kč a Poskytovatel je vykazuje samostatnou fakturou, doloženou dárkami dokladů. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům se článek II. odst. 1 až 6 nepoužijí.
2. V případě poskytnutí hrazených služeb zahraničním pojištěncům se nepoužijí regulační omezení podle článku III.
3. Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

Článek VI.

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. 2021 do 31. 12. 2021**.
3. Tento Dodatek 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

