

Dodatek č. 14

ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče č.

(pro zařízení ústavní péče)

uzavřené mezi

Zdravotnické zařízení:

jehož jménem jedná:

se sídlem:

IČO:

(dále jen "Zdravotnické zařízení") na straně jedné

a

Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky,

IČO 41 19 75 18, se sídlem v Praze 3, Orlická 4/2020, zřízena zák. 551/1992 Sb., do Obchodního rejstříku se nezapisuje,

jejímž jménem jedná :

doručovací adresa:

(dále jen **Pojišťovna**) na straně druhé.

Smluvní strany se dohodly, že úhrada zdravotní péče poskytnuté pojištěncům v roce 2012 a Pojišťovnou uznané bude prováděna dle vyhlášky č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrady zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemů poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012 (dále jen „vyhláška“).

Článek I.

Paušální sazby za ošetrovací dny sjednané od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2012 se Zdravotnickým zařízením v souladu s platnými právními předpisy, jsou pro období specifikovány v příloze č. tohoto dodatku, která je jeho nedílnou součástí.

Článek II.

1. Základním fakturačním obdobím je kalendářní měsíc. Zdravotnické zařízení předkládá Pojišťovně faktury v termínech dohodnutých ve Smlouvě.
2. Pojišťovna poskytne Zdravotnickému zařízení měsíční úhradu odpovídající počtu poskytnutých a vykázaných OD, oceněných paušálními sazbami za OD.
3. Měsíční úhrady se považují za zálohy, které budou vypořádány v rámci pololetního finančního vypořádání.
4. Pokud vznikne přeplatek ze strany Pojišťovny, bude Zdravotnickému zařízení o jeho výši snížena formou započtení následující úhrada za poskytnutou zdravotní péči. V případě nedoplatku bude Zdravotnickému zařízení příslušná částka poukázána při úhradě zdravotní péče nebo samostatnou platbou.
5. V případě, že Zdravotnické zařízení pozbylo věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče ve sjednaném rozsahu, stanovené právním předpisem ve Smlouvě, je Pojišťovna oprávněna upravit odpovídajícím způsobem výši měsíční úhrady a následně její pololetní finanční vypořádání.

Smluvní strany se dohodly, že v případě, kdy v rozhodném období není platného právního předpisu, který definuje věcné, technické nebo personální předpoklady pro poskytování zdravotní péče, bude na základě výslovné dohody smluvních stran použit poslední platný právní předpis v rozsahu nezbytném pro posouzení takových věcných, technických nebo personálních předpokladů pro poskytování zdravotní péče.

Zdravotní péče poskytnutá v období před 1. 1. 2012 je vykazována v samostatné dávce dokladů a hrazena způsobem dohodnutým ve Smlouvě. Pro úhradu této péče platí cenová ujednání platná pro příslušné kalendářní období, ve kterém byla zdravotní péče poskytnuta.

Článek III.

Zdravotní péči poskytnutou zahraničním pojištěncům vykazuje Zdravotnické zařízení samostatnou fakturou, doloženou dávkami dokladů.

Zdravotnickým zařízením vykázaná a Pojišťovnou uznaná zdravotní péče poskytnutá zahraničním pojištěncům bude hrazena za stejných podmínek jako pojištěncům Pojišťovny.

Zahraničním pojištěncem se rozumí pojištěnec definovaný v § 1 vyhlášky.

Článek IV.

Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.

Platnosti nabývá dnem podpisu zástupci obou smluvních stran a účinnosti dnem **1. 1. 2012**.

Dodatek se uzavírá **do 31. 12. 2012**, nejdéle však na dobu platnosti Smlouvy, pokud tato skončí před uvedeným datem.

Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

Pokud dojde v průběhu roku 2012 ke změně právního předpisu, na jehož základě by se měnil způsob nebo podmínky úhrady poskytované zdravotní péče, smluvní strany v souladu s takovou změnou tento dodatek neprodleně upraví. Do doby úpravy tohoto dodatku si Pojišťovna vyhrazuje právo postupovat podle platného právního předpisu.

Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich obodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

.....