

**Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank,
pojišťoven a stavebnictví**
IČ: 47114321, DIČ: CZ47114321, kód 207
Zastoupená: **Ing. Ladislavem Friedrichem, CSc.**
generálním ředitelem
se sídlem: **Roškotova 1225/1**
140 21 Praha 4
zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném
Městským soudem v Praze oddíl A,
vložka 7232
Bankovní spojení: Komerční banka, a.s., pobočka
Praha 4 č.ú.:10006-18432-071/0100
(dále jen Zdravotní pojišťovna) na straně jedné
a

Kontaktní adresa:

Zdravotnické zařízení 2) :		
IČ :	specifikace 1) :	IČZ 3) :
Sídlo :		IČP 3) :
		PSC :
Zastoupeno :		

(dále jen Zdravotnické zařízení) na straně druhé
uzavírají po dohodě toto

CENOVÉ UJEDNÁNÍ A-LIM 2012

I.

- Předmětem tohoto Cenového ujednání je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady **ambulantní specializované zdravotní péče** hrazené z veřejného zdravotního pojištění a poskytnuté **v roce 2012** ve Zdravotnickém zařízení pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropské unie 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“), v případě, že se pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným OZP.
- Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotní péče poskytnuté zahraničním pojištěncům podle nařízení rady EHS č. 883/2004 a 987/2009 a metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaných ve Věstníku MZ ČR, částka 6, z května 2010.
- V návaznosti na ustanovení bodu 2 části I. tohoto Cenového ujednání se Zdravotnické zařízení zavazuje, že vykáže zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z členských států v souladu s metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví, publikovaným ve Věstníku MZ ČR, částka 6, z května 2010, 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 pojištěnec prokázal platným „Potvrzením o registraci“ vydaným OZP.

II.

- Smluvní strany se dohodly, že **specializovaná ambulantní zdravotní péče** poskytovaná pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2012 Zdravotnickým zařízením vyúčtována podle Vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., v platném znění, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů, bude hrazena úhradou za poskytnuté výkony, včetně zvlášť účtovaných léčivých přípravků a zvlášť účtovaných zdravotnických prostředků, **v hodnotě bodu 1,02 Kč/bod při omezení maximální úhradou na 1 unikátního pojištěnce a pololetí** ve výši 100% objemu poskytnuté péče Zdravotnickým zařízením v dané odbornosti na 1 unikátního pojištěnce v příslušném pololetí roku 2010. Objem péče vyjádřený maximální úhradou na 1 unikátního pojištěnce pro příslušné pololetí roku 2012 je stanoven jako součet Zdravotnickým zařízením vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných bodů přepočtených na dle seznamu výkonů ve znění účinném k 1.1.2012 s hodnotou bodu 1,02 Kč / bod a úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v dané odbornosti na jednoho unikátního pojištěnce v odpovídajícím pololetí referenčního období

Maximální úhrada na 1 unikátního pojištěnce v 1.pololetí 2012 v odbornosti ...	,- Kč / 1 URČ / pololetí
Maximální úhrada na 1 unikátního pojištěnce v 2.pololetí 2012 v odbornosti ...	,- Kč / 1 URČ / pololetí

/ Pokud nejsou vyplněny hodnoty, nepodléhá Zdravotnické zařízení v daném pololetí omezení objemu péče*

Toto omezení úhrady se nepoužije v případě zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům.

- Zdravotní péči poskytnutou nad rámec výše úhrady stanovené v bodu 1. bude Zdravotní pojišťovna hradit podle platného seznamu výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu stanovenou ve výši 0,30 Kč/bod, při plné hodnotě spotřebovaného zvlášť účtovaného materiálu, resp. zvlášť účtovaného léčivého přípravku. Počet bodů hrazených touto hodnotou se stanoví jako rozdíl mezi celkovým počtem Zdravotnickým zařízením vykázaných a Zdravotní pojišťovnou po věcné revizi uznaných bodů a počtem bodů, který se stanoví jako podíl celkové výše úhrady stanovené v bodu 1., po odečtení Zdravotnickým zařízením vykázaného a Zdravotní pojišťovnou uznaného zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, a hodnoty bodu stanovené v bodu 1. Pokud má tento rozdíl zápornou hodnotu, ustanovení tohoto odstavce se nepoužije.
- Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec Zdravotní pojišťovny ošetřený Zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci péče vlastní nebo péče vyžádané.
- U Zdravotnického zařízení, kde oproti příslušnému pololetí roku 2010 dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady Zdravotnickému zařízení podle bodu 1. navýší o hodnotu Zdravotnickým zařízením vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu 1,02 Kč/bod.
- U Zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě, které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může Zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti v referenčním období u srovnatelných zdravotnických zařízení.
- Smluvní strany se dohodly na uplatnění následujících regulačních mechanismů:
 - Pokud Zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a

1) Vyplní Zdravotní pojišťovna

2) Obchodní jméno (obchodní název) Zdravotnického zařízení dle údajů v Obchodním rejstříku, Živnostenském listu, event. v žádosti o přidělení IČ, příp. dle názvu ve zřizovací listině

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

zdravotnické prostředky v referenčním období, může Zdravotní pojišťovna po ukončení roku 2012 snížit úhradu o částku odpovídající 40% zvýšených nákladů na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 100%). Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplšky za léčivé přípravky, u kterých lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst.2 zákona.

- 6.2. Pokud Zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 v hodnoceném období vyšší než 100% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období, může Zdravotní pojišťovna po skončení roku 2012 snížit úhradu o částku odpovídající 40% zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 100%). Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla a screeningu kolorektálního karcinomu prováděné zdravotnickými zařízeními, které má se Zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto výkonů uzavřenu smlouvu. Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení hodnotami za bod platnými v segmentu komplementu v roce 2012.
- 6.3. Referenčním obdobím (uvedeným v bodech 6.1. a 6.2. se rozumí příslušné pololetí roku 2010.
- 6.4. Regulační omezení podle bodu 6.1. se nepoužije, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 6.5. Regulační omezení podle bodu 6.2. se nepoužije, pokud celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v roce 2012 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh péče na rok 2012 vycházející ze zdravotně pojistného plánu Zdravotní pojišťovny.
- 6.6. Regulační omezení dle 6.1. a 6.2. se nepoužijí, pokud Zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péči, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad a Zdravotní pojišťovna toto odůvodnění schválí. Předmětem zohlednění budou jen ve zcela výjimečných případech po zdůvodnění náklady za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž cena by v případě úhrady z veřejného zdravotního pojištění byla rovna nebo nižší než 50,- Kč.
- 6.7. U Zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech), Zdravotní pojišťovna, po dohodě se Zdravotnickým zařízením, může úměrně pro účely regulace upravit průměrné hodnoty v referenčním období.
- 6.8. U Zdravotnického zařízení, které v referenčním období nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu se Zdravotní pojišťovnou, může Zdravotní pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle bodů 6.1. a 6.2. referenční hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení.
- 6.9. Regulační omezení podle bodu 6.1. a 6.2. se nepoužije, pokud Zdravotnické zařízení ošetřilo v referenčním nebo hodnoceném období 50 a méně unikátních pojištěnců.
- 6.10. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodů 6.1. a 6.2. maximálně do výše odpovídající 15% objemu úhrady poskytnuté Zdravotnickému zařízení za výkony snížené o objem úhrady za ZÚM a ZÚLP za rok 2012.
- 6.11. Pokud Zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15 000 Kč, schválený revizním lékařem, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.

	1.pololetí 2010	2.pololetí 2010
Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky	Kč / 1 URČ	Kč / 1 URČ
Průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823	Kč / 1 URČ	Kč / 1 URČ

/ Pokud nejsou uvedeny hodnoty, neměla Zdravotní pojišťovna pro jejich stanovení statisticky dostatečný počet případů, případně bude Zdravotnické zařízení regulováno dle bodu 6.8.*

7. Zdravotnické zařízení bude hrazeno zálohovým způsobem maximální měsíční předběžnou úhradou. V případě, že Zdravotnické zařízení v daném měsíci vyúčtuje menší objem poskytnuté zdravotní péče než je maximální výše měsíční předběžné úhrady, bude Zdravotnickému zařízení v daném měsíci zaplacen výkonovým způsobem podle platného Seznamu výkonů tak, aby Zdravotní pojišťovna minimalizovala dodatečné srážky. V případě, že Zdravotnické zařízení v dalším měsíci vyúčtuje vyšší objem poskytnuté zdravotní péče, bude maximální výše měsíční předběžné úhrady navýšena o nedočerpanou výši maximální měsíční předběžné úhrady z předchozího měsíce.

Maximální měsíční předběžná úhrada pro 1.pololetí 2012	Kč
Maximální měsíční předběžná úhrada pro 2.pololetí 2012	Kč

/ Pokud není vyplněna hodnota, bude Zdravotnické zařízení hrazeno výkonovým způsobem úhrady*

8. Zdravotnické zařízení se zavazuje vyúčtovat zdravotní péči poskytnutou v 1. pololetí 2012 nejpozději do 30.9.2012 a zdravotní péči poskytnutou ve 2. pololetí 2012, nejpozději do 31.3.2013. Tímto není dotčeno právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu.
9. V návaznosti na v předchozím ustanovení uvedené termíny pro započtení zdravotní péče se Zdravotní pojišťovna zavazuje finančně vypořádat zálohové platby dle předchozího ustanovení za příslušné pololetí nejpozději do 120 dnů po ukončení příslušného pololetí 2012 s tím, že regulační srážky dle bodu 5 budou vyčísleny nejpozději do 120 dnů po ukončení roku 2012 a případné regulační srážky zúčtuje Zdravotní pojišťovna proti dalším vyúčtováním předloženým Zdravotnickým zařízením.
10. Zdravotnické zařízení se zavazuje, že vyúčtování za poskytnutou zdravotní péči bude postupovat Zdravotní pojišťovnou stanovenému místně příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny. Nebude-li tento závazek ze strany Zdravotnického zařízení splněn, lhůta splatnosti, dohodnutá smluvními stranami, se prodlužuje o dobu, nezbytnou k doručení vyúčtování příslušnému pracovišti Zdravotní pojišťovny.
11. Smluvní strany prohlašují po vzájemné kontrole závazků a pohledávek vyplývajících z dřívějších smluvních dokumentů příp. z příslušných ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění své závazky a pohledávky vzniklé do 31.12.2010 za uplatněné nebo vyřešené formou zápočtu proti jiným platebním titulům s výjimkou případů dle paragrafu 42 odstavec 3 zákona č.48/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

III.

1. Toto Cenové ujednání se stává nedílnou součástí platné Smlouvy .
2. Cenové ujednání nabývá účinnosti dne 1.ledna 2012.
3. Smluvní strany se dohodly, že doručování prostřednictvím datové schránky může být použito k závazným smluvním úkonům, pokud je písemnost opatřena zaručeným elektronickým podpisem.
4. Vztahy, které nejsou výslovně upraveny tímto Cenovým ujednáním, se řídí příslušnými ustanoveními platné Smlouvy.
5. Smluvní strany se dohodly, že uzavřením smluvního vztahu podle Rámcové smlouvy publikované ve vyhlášce MZ č. 618/2006 Sb. se toto Cenové ujednání stane nedílnou součástí této Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče a bude ve smyslu příslušných ustanovení této Smlouvy považováno za dodatek o způsobu a výši úhrad pro sjednané období.
6. Případné nesrovnalosti vyplývající ze smluvního vztahu budou řešeny vzájemným jednáním.
7. Smluvní strany stvrzují, že Cenové ujednání bylo uzavřeno podle jejich svobodné vůle a že s jeho obsahem souhlasí.
8. Za Zdravotní pojišťovnu jsou k podpisu tohoto Cenového ujednání oprávněny osoby, které zmocnil k podpisu statutární zástupce.
9. Cenové ujednání je vyhotoveno ve dvou stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení v případě, že nebude cenové ujednání uzavřeno cestou datových schránek způsobem uvedeným v bodě 3. části III. tohoto Cenového ujednání.
10. 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 doručení do datové schránky.

V Praze dne _____

V _____ dne _____