



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ

Roškotova 1225/1
140 21 Praha 4
www.ozp.cz

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

Zdravotnické zařízení 2) :		
IČ :	Specifikace 1):	IČZ 3) :
Sídlo :		IČP 3) :
		PSČ : 170 00
Zastoupeno		

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

CENOVÉ UJEDNÁNÍ H-VYHL 2012

I.

- Předmětem tohoto Cenového ujednání je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady akutní ústavní 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 zdravotní péče poskytnutá pojištěncům Zdravotní pojišťovny Zdravotnickým zařízením v roce 2012, vyúčtovaná dle 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 následovně:
 - Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady bude zahrnovat tzv. balíčkovou cenu – podmínky a výše úhrady jsou uvedeny v Příloze č. 1 tohoto Cenového ujednání.
 - Úhrada formou případového paušálu bude zahrnovat úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztahovaných k diagnóze uvedených v příloze č. 10 Vyhlášky č. 425/2011 Sb. (dále jen „K-10“) a bude stanovena v následující výši:

$$PU_{\text{drg}2012} = CM_{\text{red}} \cdot ZS_{2012}$$
 kde CM_{red} = redukováná výše $CM_{\text{alfa}2012}$, která se stanoví podle následujících podmínek:
 - pokud poměr $CM_{\text{alfa}2012} / CM_{\text{alfa}2010}$ je větší než 1,05 a zároveň PP_{alfadrg} je větší než 1,03, potom $CM_{\text{red}} = CM_{\text{alfa}2010} \cdot 1,05$,
 - pokud poměr $CM_{\text{alfa}2012} / CM_{\text{alfa}2010}$ je menší nebo roven než 1,05, a zároveň poměr $CM_{\text{alfa}2012} / CM_{\text{alfa}2010}$ není větší než $(PP_{\text{alfadrg}} + 0,02)$, potom $CM_{\text{red}} = CM_{\text{alfa}2012}$,
 - pokud nejsou splněny podmínky stanovené v písmenu a) nebo b) a pokud poměr $CM_{\text{alfa}2012} / CM_{\text{alfa}2010}$ je vyšší než $(PP_{\text{alfadrg}} + 0,02)$, potom CM_{red} se snižuje o takový počet procentních bodů, který tvoří rozdíl mezi $CM_{\text{alfa}2012} / CM_{\text{alfa}2010}$ a $(PP_{\text{alfadrg}} + 0,02)$, za následujících podmínek:
 - Je-li $CM_{\text{alfa}2012} / CM_{\text{alfa}2010}$ menší nebo roven než 1,05, potom $CM_{\text{red}} = CM_{\text{alfa}2012}$,
 - Je-li $CM_{\text{alfa}2012} / CM_{\text{alfa}2010}$ větší než 1,05, potom $CM_{\text{red}} = CM_{\text{alfa}2010} \cdot 1,05$,
 přičemž

$CM_{\text{alfa}2012}$	počet případů hospitalizací zdravotnickým zařízením vykázaných a OZP uznaných v hodnoceném období zařazených podle K-10 vynásobený indexy těchto skupin
$CM_{\text{alfa}2010}$	počet případů hospitalizací ukončených a OZP uznaných v referenčním období zařazených podle K-10 vynásobený indexy těchto skupin
PP_{alfadrg}	poměr počtu zdravotnickým zařízením vykázaných a OZP uznaných hospitalizací, ukončených v roce 2012, zařazených podle K-10 a zdravotnickým zařízením vykázaného a OZP uznaného počtu hospitalizací, ukončených v roce 2010, zařazených podle K-10;

$$ZS_{2012} = \text{Základní sazba pro úhradu formou případového paušálu, která se vypočte takto: } ZS_{2012} = [ZS_{2010} \cdot (1 - Kp) + (ZS_{\text{ref OZP}} \cdot Kp)] \cdot Kn$$
, kde:

$$ZS_{2010} = \text{referenční individuální základní sazba, která se vypočte takto: } ZS_{2010} = U_{\text{alf}2010} / CM_{\text{alf}2010}$$
, kde:

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

$U_{amb2010}$	celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou péči poskytnutou během hospitalizací v referenčním období, včetně vypořádání regulačních omezení a realizovaných navýšení úhrady, s výjimkou doplatku za ambulantní složku úhrady
$CM_{amb2010}$	počet případů hospitalizací ukončených v referenčním období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k této vyhlášce
K_p	přiblížovací koeficient, který se stanoví ve výši 0,25
K_n	koeficient navýšení základní sazby ZS_{2012} , který se stanoví na základě předpokládaného navýšení úhrady na tento typ péče stanoveného ve Zdravotní pojistném plánu Zdravotní pojišťovny pro rok 2012 ve výši 1,003
ZS_{refOZP}	smluvně sjednaná referenční základní sazba

$CM_{amb2010}$	125.8016	IZS_{2010}	ZS_{refOZP}	
Počet Zdravotnickým zařízením vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných hospitalizací podle K-10 ukončených v roce 2010				205

- c) Úhrada vyčleněná z úhrady formou případového paušálu bude zahrnovat úhradu za zdravotní péči zařazenou podle Klasifikace do skupin vztahených k diagnóze uvedených v příloze č. 11 Vyhlášky MZ ČR č. 425/2011 Sb. (dále jen „K-11“) a bude hrazena podle Seznamu výkonů s hodnotou bodu 0,90 Kč/bod do stanoveného limitu, který se vypočte následovně:

$$LIM_{PU_{betadrg2012}} = [(V_{betadrg2010} * ICB_{ref}) + ZUM_{betadrg2010}] * 1,003, \text{ kde}$$

$V_{betadrg2010}$ celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a OZP uznaných bodů za výkony provedené během hospitalizací zařazených podle K-11 v referenčním období. Počty bodů podle věty první se přepočtou podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2012

vypočtená individuální cena bodu zdravotnického zařízení, která se stanoví jako podíl U_{ref}/B_{ref} , kde:

ICB_{ref} celková úhrada náležející zdravotnickému zařízení za veškerou zdravotní péči poskytnutou v referenčním období, po vypořádání všech regulačních opatření, s výjimkou regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, snížená o úhradu za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál, poskytnuté v referenčním období, vykázané a OZP uznané v souvislosti s péčí o pacienty, o paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, a dále o úhradu ostatní zdravotní péče hrazené v korunách českých (KP_{ref})

B_{ref} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a OZP uznaných bodů, přepočtených podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2012, za zdravotní péči poskytnutou v referenčním období

$ZUM_{betadrg2010}$ celková výše úhrady za zdravotnickým zařízením vykázaná a OZP uznaná zvlášť účtovaný materiál, za zvlášť účtované léčivé přípravky, za paušální částky, kterými se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, k ošetřovacím dnům a za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách českých, poskytnutých v referenčním období v souvislosti s výkony, provedenými během hospitalizací zařazených podle K-11 v referenčním období.

Pro úhradu nad základní limit bude stanovena hodnota bodu ve výši $(ICB_{ref} * 1,003) * 0,5$ a výše úhrady za zvlášť účtovaný materiál, zvlášť účtované léčivé přípravky, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona a za ostatní zdravotní péči hrazenou v korunách českých, bude vypočtena následovně: $ZUM_{betadrg2012} * 0,5$, přičemž úhrada bude provedena pouze do maximální celkové výše stanovené následovně: $MAX_{PU_{betadrg2012}} = LIM_{PU_{betadrg2012}} * 1,03$.

$LIM_{PU_{betadrg2012}}$	
--------------------------	--

- d) Ambulantní složka úhrady bude zahrnovat úhradu specializované ambulantní péče hrazenou podle příslušných ustanovení, respektive příloh, Vyhlášky č. 425/2011 Sb. do maximálního objemu úhrady ve výši 100,3% úhrady náležející Zdravotnickému zařízení za tento typ péče v referenčním období.

Celková výše úhrady za ambulantní složku v roce 2010 ($U_{amb2010}$)	
--	--

- Pokud dojde ve Zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2010 a Zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
- Zdravotní péče poskytovaná zahraničním pojištěncům bude hrazena podle Seznamu výkonů v hodnotě bodu 0,90 Kč/bod.
- Do úhrady dle tohoto Cenového ujednání se nezahrnují výkony mammografického screeningu, výkony screeningu kolorektálního karcinomu, výkony screeningu děložního hrdla a výkony neonatologického screeningu, které budou hrazeny na základě samostatných cenových ujednání.
- V individuálních případech zvláštního zřetele hodných, kdy dojde k významnému nárůstu poskytnuté nutné a neodkladné péče proti referenčnímu období, může Zdravotní pojišťovna po dohodě se Zdravotnickým zařízením a na základě jeho řádně doložené písemné žádosti důvodný nárůst poskytnuté zdravotní péče částečně nebo plně zohlednit.
- Zdravotní pojišťovna poskytne Zdravotnickému zařízení na úhradu zdravotní péče poskytované v roce 2012 měsíční předběžnou úhradu ve smluvně sjednané výši.

Předběžná měsíční úhrada v roce 2012 bude činit	
---	--

- Smluvní strany se dohodly, že pro vyúčtování poskytnuté zdravotní péče Zdravotnickým zařízením bude použita jednotná hodnota bodu 0,90 Kč/bod s tím, že v rámci závěrečného zúčtování bude uznaná zdravotní péče přepočtena dle příslušných hodnot bodu v závislosti na typu péče dle tohoto Cenového ujednání.
- Regulační omezení úhrady formou případového paušálu:
Pokud Zdravotní pojišťovna zjistí ve Zdravotnickém zařízení odchylky v Klasifikaci ve smyslu účelového kódování, provede cílené nebo náhodné šetření, které potvrdí nebo vyvrátí podezření na účelové chování nebo kódování.

- a) **Cíleným šetřením** se rozumí vyhledání konkrétních hospitalizačních případů, které při analýze pomocí informačního systému vykazovaly významné odchylky. K těmto případům si Zdravotní pojišťovna vyžádá kompletní klinickou dokumentaci a revizní lékaři provedou klinický audit. Pokud bude výsledkem klinického auditu zjištěno, že Zdravotnické zařízení při vykazování nerespektovalo metodická pravidla vykazování a pro kódování a hospitalizační případ byl díky tomu klasifikován neoprávněně do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy, OZP adekvátně sníží úhradu v této výši: $(CM_{původní} - CM_{revizovaný}) * ZS_{2012} * 3$, kde

$CM_{původní}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k Vyhlášce č. 425/2011 Sb., vykázaných zdravotnickým zařízením před provedením cíleného či náhodného šetření Zdravotní pojišťovny

$CM_{revizovaný}$ počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období, které jsou podle Klasifikace zařazeny do skupin vztahených k diagnóze, vynásobený indexy těchto skupin, které jsou uvedeny v přílohách č. 9, 10 a 11 k Vyhlášce č. 425/2011 Sb., Zdravotnickým zařízením vykázaných a Zdravotní pojišťovnou uznaných na základě cíleného či náhodného šetření

- b) **Náhodným šetřením** se rozumí náhodný výběr určeného počtu hospitalizačních případů v příslušné DRG bazi, u nichž bude proveden klinický audit, tzn. porovnání vykázané péče se zdravotní péčí, zaznamenanou v klinické dokumentaci. Při zjištění nesrovnalosti uplatní Zdravotní pojišťovna tento náleží jako regulační opatření na celou DRG bazi za hodnoceného období a sníží úhradu následovně:

$$\cdot \text{revize u statisticky méně významného počtu případů příslušné DRG baze: } ((CM_{původní} - CM_{revizovaný}) / (CM_{původní})) * \Sigma CM \text{ baze} * ZS_{2012} * 0,2$$

$$\cdot \text{revize u statisticky významného počtu případů DRG příslušné baze: } ((CM_{původní} - CM_{revizovaný}) / (CM_{původní})) * \Sigma CM \text{ baze} * ZS_{2012} * 0,8$$

kde: CM baze součet relativních vah dané DRG baze,

DRG baze agregované skupiny ze skupin vztahených k diagnóze podle Klasifikace4). Jsou dány prvými 4 znaky z pětičíslicového kódu DRG skupiny.

Statisticky významný počet případů příslušné DRG base = více než 5% případů, minimálně však 30 případů v rámci příslušné DRG base v příslušném zdravotnickém zařízení;
Statisticky méně významný počet případů příslušné DRG base = méně než 5% případů, minimálně však 10 případů v rámci příslušné DRG base v příslušném zdravotnickém zařízení.

9. Regulační omezení:

- a. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením pojištěncům OZP v roce 2012 s výjimkou léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem OZP, převyší 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v roce 2010, s výjimkou léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem OZP, může OZP v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. OZP snížení dle věty první neuplatní vůbec, nebo uplatní jen částečně, pokud zdravotnické zařízení doloží, že zvýšená úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců OZP a OZP uzná důvody předložené zdravotnickým zařízením relevantními.
- b. V případě, že zdravotnické zařízení poskytlo v roce 2011 zdravotní péči 50 a méně pojištěncům Zdravotní pojišťovny, Zdravotní pojišťovna neuplatní regulaci uvedenou v bodu a.

Celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané zdravotnickým zařízením v roce 2010 s výjimkou léčivých přípravků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem	
---	--

10. Smluvní strany se dohodly, že léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona (léky vázané na Specializovaná centra) poskytnuté v době hospitalizace mimo pracoviště centra budou vykazovány následovně:
- **Neodkladná hospitalizace** – na základě žádosti ošetřujícího pracoviště o konziliární vyšetření od pracoviště centra poskytujícího pojištěnci ambulanci léčbu bude posouzena nutnost pokračování léčby léky vázanými na Specializovaná centra po dobu hospitalizace a v kladném případě konziliář (Specializované centrum) vykáže na dokladu 06 kód 99991 a na dokladu 03 příslušný léčivý přípravek potřebný pro léčbu po dobu hospitalizace.
 - **Plánovaná hospitalizace** – příslušné Specializované centrum vybaví pojištěnce potřebným léčivým přípravkem a nálezem určeným pro ošetřujícího lékaře, v němž bude přesně specifikováno, jak léčbu provádět, s případným upozorněním na rizika. Poskytnutí léčivého přípravku pak vykazuje Specializované centrum na dokladu 01 kód 99991 a na dokladu 03 příslušný léčivý přípravek.
11. Zdravotnické zařízení se zavazuje vyúčtovat zdravotní péči poskytnutou v roce 2012 nejpozději do 31.3.2013. Tímto není dotčeno právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu.
12. Zdravotní pojišťovna se zavazuje finančně vypořádat úhrady dle předchozích ustanovení nejpozději do 180 dnů po ukončení hodnoceného období s tím, že případně regulační srážky zúčtuje proti dalším vyúčtováním předloženým Zdravotnickým zařízením po odsouhlasení výše regulační srážky.
13. 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.
14. 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 paragraphu 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. Případně 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 poštu, respektive doručení do datové schránky.

V Praze dne _____

V _____ dne _____

za Zdravotní pojišťovnu

za Zdravotnické zařízení