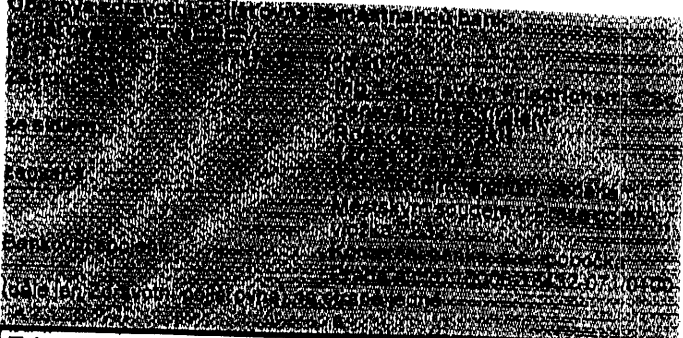




Kontaktní adresa:



Zdravotnické zařízení <sub>2)</sub> :		
IC <sub>1)</sub> :	specifikace <sub>1)</sub> :	ICZ <sub>3)</sub> :
Sídlo:		ICP <sub>3)</sub> :
Zastoupeno:		PSC:

(dále jen Zdravotnické zařízení) na straně druhé uzavírají tento

### Cenové ujednání LDN/OLÚ 2010

- I.**

Předmětem tohoto Cenového ujednání je stanovení podmínek, způsobu a výše úhrady zdravotní péče poskytované v odborných léčebných ústavech, léčebných dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazující ošetrovací den č. 00005 hrazené z veřejného zdravotního pojištění a poskytnuté v roce 2010 ve Zdravotnickém zařízení pojištěncům Zdravotní pojišťovny a pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska podle příslušných předpisů Evropských společenství a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení (dále jen "pojištěnec z EU"), v případě, že se pojištěnec prokázal platným "Potvrzením o registraci" vydaným OZP.

Smluvní strany se zavazují postupovat při vyúčtování a úhradě zdravotní péče poskytnuté pojištěncům z členských států EU, Islandu, Lichtenštejnska, Norska a Švýcarska (dále jen členské státy) podle nařízení rady EHS č. 1408/71 a 574/72 a metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR, publikovaných ve Věstníku MZ ČR, částka 5, z května 2004.

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 5, z května 2004, a to samostatnou 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 poskytovaná v odborných léčebných ústavech, léčebných dlouhodobě nemocných, ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetrovací den č. 00005 podle seznamu výkonů vyúčtováná dle vyhlášky č. 134/1998 Sb. (v platném znění, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších dodatků (dále jen seznam výkonů) bude hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace.

Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne podle platného seznamu výkonů a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne, včetně režie přiřazené k ošetrovacímu dni a kategorie pacienta, podle platného seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona a zdravotní výkony, kterými se vykauje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů.

Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace se stanoví ve výši paušální sazby za ošetrovací den smluvně sjednané mezi Zdravotnickým zařízením a Zdravotní pojišťovnou k 1.7.2009.

4. Paušální sazby pro příslušný typ OD a danou kategorii náležející Zdravotnickému zařízení v roce 2010:

Kód OD	Odbornost	Paušál za OD v kategorii 1 (Kč)	Paušál za OD v kategorii 2 (Kč)	Paušál za OD v kategorii 3 (Kč)	Paušál za OD v kategorii 4 (Kč)	Paušál za OD v kategorii 5 (Kč)
00724	9U7	987	1 079	1 171	1 264	1 355
00722	2U1	1 137	1 237	1 338	1 438	1 537
Kód OD (propustka pacienta)	Odbornost	Paušál za OD (Kč)		Kód OD (doprovod pacienta)	Odbornost	Paušál za OD (Kč)
00798,99	9U7,2U1	67				

- Paušální sazba za 1 ošetrovací den stanovená v bodě 4. část II. bude hrazena bez dalších omezení po dobu nepřetržitě hospitalizace pojištěnce, která nepřekročí ve Zdravotnickém zařízení spojitě dobu 90 dnů v OLÚ a 180 dnů v LDN. V případě, že zdravotní stav pojištěnce Zdravotní pojišťovny vyžaduje nepřetržitou hospitalizaci delší než 90 dnů v OLÚ a 180 dnů v LDN, začle Zdravotnické zařízení Zdravotní pojišťovně epikrisu pacienta k vyjádření reviznímu lékaři Zdravotní pojišťovny. Revizní lékař má právo v případě důvodných pochybností o zdravotní indikaci hospitalizace, případně o účinnosti a efektivitě léčby přesahující 90 dnů v OLÚ a 180 dnů v LDN navrhnout ukončení hospitalizace ze zdravotních důvodů. V takovém případě bude Zdravotní pojišťovna hradit náklady na zdravotní péči přesahující 90 dnů v OLÚ a 180 dnů v LDN vykazované v odbornosti 913.
- Způsob a výše úhrady dle bodu 1 - 4. části II. Cenového ujednání neumožňuje průběžnou úhradu ve smluvně sjednané výši. Smluvní strany se proto dohodly, že náklady zdravotní péče vyúčtované podle Vyhlášky č. 134/1998 Sb., v platném znění, budou hrazeny předběžnou úhradou výkonovým způsobem s hodnotou bodu 1,10 Kč a režii upravenou tak, aby se předběžná úhrada co nejvíce blížila úhradě konečné. Lékový paušál bude hrazen ve smluvně dohodnuté výši. Úhrada za vyšetření při přijetí a propuštění pacienta bude realizována v rámci paušální sazby za ošetrovací den a Zdravotnické zařízení je nebude účtovat.

7. Ambulantní péče, pokud je Zdravotnickým zařízením poskytována a smluvně sjednána se Zdravotní pojišťovnou, vyúčtována dle seznamu výkonů bude hrazena v hodnotě bodu 0,95 Kč/bod.
8. Zdravotní doprava, pokud je Zdravotnickým zařízením poskytována a smluvně sjednána se Zdravotní pojišťovnou, vyúčtována dle seznamu výkonů bude hrazena v hodnotě bodu 0,90 Kč/bod.
9. Zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona hrazenou podle seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,90 Kč/bod.
10. Regulační omezení:
  - a. Pokud celková úhrada za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané Zdravotnickým zařízením pojištěncům Zdravotní pojišťovny v roce 2010, s výjimkou zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, převyšuje 105 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v roce 2008, s výjimkou zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, může Zdravotní pojišťovna v rámci celkové úhrady zdravotnickému zařízení snížit úhradu o částku odpovídající nejvýše 40 % tohoto překročení. Do celkové úhrady se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
  - b. V případě, že zdravotnické zařízení poskytlo v 1. pololetí nebo ve 2. pololetí 2010 zdravotní péči 100 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 2008	
---	--

*/\* Pokud nejsou vyplněny hodnoty, neměla Zdravotní pojišťovna pro jejich stanovení ani pro orientaci dostatečný počet případů*

11. Zdravotnické zařízení se zavazuje umožnit Zdravotní pojišťovně namátkovou kontrolu kvality poskytované péče, a to i bez předchozího oznámení termínu kontroly.
12. Zdravotnické zařízení se zavazuje vyúčtovat zdravotní péči poskytnutou v 1. pololetí 2010 nejpozději do 30.9.2010 a zdravotní péči poskytnutou ve 2. pololetí 2010, nejpozději do 31.3.2011. Tímto není dotčeno právo na uplatnění případných opravných dávek po tomto termínu.
13. Zdravotní pojišťovna se zavazuje finančně vypořádat úhrady dle předchozích ustanovení nejpozději do 31.5.2011 s tím, že případné regulační srážky zúčtuje proti dalším vyúčtováním předloženým Zdravotnickým zařízením po odsouhlasení výše regulační srážky.
14. 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.
15. 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 31.12.2008 za uplatněné nebo vyřešené formou zápočtu proti jiným platebním titulům.

### III.

1. Toto Cenové ujednání se uzavírá na rok 2010 a stává se nedílnou součástí platné Smlouvy.
2. Cenové ujednání nabývá platnosti podpisem oběma smluvními stranami a účinnosti 1.ledna 2010.
3. Smluvní strany se dohodly, že pokud Zdravotní pojišťovna zašle Zdravotnickému zařízení návrh cenového ujednání prostřednictvím datové schránky a Zdravotnické zařízení zašle Zdravotní pojišťovně prostřednictvím datové schránky svůj souhlas s návrhem cenového ujednání opatřený zaručeným elektronickým podpisem, má se za to, že cenové ujednání bylo platně uzavřeno.
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 svým podpisem 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.

V Praze dne \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
za Zdravotní pojišťovnu

\_\_\_\_\_  
za Zdravotnické zařízení