



Dodatek č. 23
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb
č. 7B74B010 ze dne 28.12.2007 (dále jen „Smlouva“)
(kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro dospělé)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	MUDr. Oldřich Blanář
Sídlo (obec):	Klobouky u Brna
Ulice, č.p., PSČ:	Zámecká 737/12, 69172
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">• nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Oldřich Blanář
IČ:	46215620
IČZ:	74407000

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a Kraj Vysočina	
Zastoupená (jméno a funkce):	JUDr. Pavla Nováková, vedoucí oddělení správy smluv RP VZP ČR
Doručovací adresa (obec):	Brno
Ulice, č.p., PSČ:	Benešova 10, 659 14

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

Článek I.

1. Smluvní strany ve snaze zlepšovat zdravotní péči o pojištěnce Pojišťovny, zejména zvyšovat účelnost a vzájemnou koordinaci poskytovaných hrazených služeb, uzavírají tento dodatek ke Smlouvě (dále jen „dodatek“), kterým Poskytovatel vstupuje do programu kvality péče AKORD.
2. Smluvní strany se, 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“), dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem, který vstoupil do programu kvality péče AKORD a uzavřel s Pojišťovnou dodatek č. 22 (*standardní úhradový dodatek*), bude v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2016 navýšena způsobem dále uvedeným v tomto dodatku.
3. Smluvní strany prohlašují, že tato dohoda upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 (dále jen „vyhláška“) Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

Článek II. Předmět dodatku

Předmětem tohoto dodatku je úprava vzájemných vztahů smluvních stran při realizaci programu kvality péče AKORD. Obsahem programu kvality péče AKORD je podpora kontinuálního zvyšování kvality a efektivity hrazených služeb prostřednictvím předávání informací, komunikace a přiměřených motivací. Účelem úpravy smluvního vztahu tímto dodatkem Smlouvy je založit vzájemnou aktivní spolupráci mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou s cílem zvýšení kvality a komfortu hrazených služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny.

Článek III. Práva a povinnosti smluvních stran

1. Poskytovatel je povinen:

- a. vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě s/bez zaručeného elektronického podpisu a v případě změny způsobu vedení zdravotnické dokumentace sdělí Poskytovatel tuto skutečnost Pojišťovně nejpozději do 30 dnů od provedení změny,
- b. komunikovat s Pojišťovnou (hlášení nepřítomnosti/zastupování) elektronickým formulářem, s dalšími Poskytovateli a pojištěnci Pojišťovny přednostně elektronickým způsobem,
- c. předávat dávky výkonů a faktury za poskytnuté hrazené služby výhradně prostřednictvím VZP POINT (portál VZP ČR),
- d. mít uzavřený příslušný dodatek ke Smlouvě, kterým se sjednala v elektronické podobě Příloha č. 2 Smlouvy,
- e. vést objednávkový systém a v případě zájmu objednávat pojištěnce k vyšetření na přesně stanovené termíny s čekací dobou nepřesahující obvykle 15 minut,
- f. přizpůsobovat po projednání s Pojišťovnou smluvně dohodnutý počet a rozložení ordinačních hodin potřebám pojištěnců,
- g. zajišťovat objednání pojištěnců k indikované ambulantní či lůžkové zdravotní péči,
- h. respektovat organizační pokyny útvaru krajského koordinátora programu kvality péče a konzultovat s ním řešení složitých a neobvyklých léčebných postupů,
- i. být viditelně označen logem programu kvality péče AKORD,
- j. informace poskytnuté Pojišťovnou v souladu s tímto dodatkem využívat výhradně pro potřeby poskytování hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny, kteří jsou u něho registrováni.

2. Pojišťovna

- a. zajišťuje a spravuje přístupová práva Poskytovatele jako autorizované osoby pro elektronickou komunikaci (VZP POINT),
- b. výhradně elektronicky, prostřednictvím VZP POINT, podává Poskytovateli v souladu s § 24 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, informace o hrazených službách, které byly poskytnuty jinými poskytovateli jejím pojištěncům, kteří jsou u Poskytovatele registrováni, včetně předpisu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků; tento dodatek považují smluvní strany současně za žádost Poskytovatele o poskytování uvedených informací,
- c. zajišťuje Poskytovateli informační podporu potřebnou ke zlepšování efektivity a kvality poskytovaných hrazených služeb. Informační podpora vychází zejména ze vzájemného porovnávání chování poskytovatelů poskytujících obdobné služby, analýzy odchylek, expertního hodnocení a vztahu mezi náklady a přínosy,
- d. podporuje Poskytovatele v přístupu jeho pacientů ke specializované péči.

Článek IV. Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě

1. Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě se zaručeným elektronickým podpisem představuje provedení zápisu na paměťových médiích výpočetní techniky jen za těchto podmínek:

- a. technické prostředky použité k uložení záznamů v elektronické podobě zaručují, že údaje v provedených záznamech nelze dodatečně modifikovat,
- b. bezpečnostní kopie datových souborů jsou prováděny nejméně jednou za pracovní den,

- c. před uplynutím doby životnosti zápisu na technickém nosiči dat je zajištěn přenos na jiný technický nosič dat,
 - d. uložení kopií pro dlouhodobé uchování musí být provedeno způsobem znemožňujícím provádět do těchto kopií dodatečné zásahy; tyto kopie jsou vytvářeny nejméně jednou za kalendářní rok,
 - e. při uchování kopií pro dlouhodobé uchovávání na technickém nosiči dat je zajištěn přístup k těmto údajům pouze oprávněným osobám a je zajištěna jejich čitelnost nejméně po dobu, která je stanovena pro uchování zdravotnické dokumentace,
 - f. dokumenty v listinné podobě, které jsou součástí zdravotnické dokumentace a které vyžadují podpis osoby, jež není zdravotnickým pracovníkem nebo jiným odborným pracovníkem, musí být převedeny do elektronické podoby, která se opatří zaručeným elektronickým podpisem osoby, která převod provedla; dokument v listinné podobě se uchová,
 - g. výstupy ze zdravotnické dokumentace lze převést do listinné podoby autorizovanou konverzí dokumentu,
 - h. informační systém, ve kterém je vedena zdravotnická dokumentace, musí umožňovat vytvoření speciální kopie uložené zdravotnické dokumentace ve formátu čitelném a zpracovatelném i v jiném informačním systému.
2. Zápis zdravotnické dokumentace na paměťové médium výpočetní techniky, který neobsahuje zaručený elektronický podpis, se převede na papírový nosič (tiskovou sestavu), opatří se datem jeho provedení. Dále je zápis opatřen podpisem zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který zápis provedl, a otiskem razítka se jmenovkou, nebo čitelným přepisem jeho jména, popřípadě jmen, příjmení; to neplatí v případě poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem.
 3. Tímto není dotčena povinnost Poskytovatele dodržovat zásady ve vedení zdravotnické dokumentace v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Článek V.

Způsob a důvody ukončení dle tohoto dodatku

Před uplynutím sjednané doby může být tento dodatek ukončen:

1. zánikem účinnosti Smlouvy,
2. písemnou dohodou smluvních stran,
3. výpovědí smluvních stran, kdy kterákoli smluvní strana může tento dodatek vypovědět písemnou výpovědí, a to i bez udání důvodu. Výpovědní doba činí tři měsíce a počíná běžet od prvního dne kalendářního čtvrtletí následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

Článek VI.

Navýšení kapitační platby

1. Základní sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce na kalendářní měsíc při splnění podmínek dle článku III., odst. 1 tohoto dodatku se navýšuje o 3,- Kč.

Článek VII.

Bonifikace v programu kvality péče AKORD

1. Pojišťovna uhradí Poskytovateli alikvotní část roční bonifikace maximálně ve výši 13 % z částky, která se vypočte jako součin základní sazby kapitační platby (tzn. bez navýšení kapitační platby dle Článku VI. tohoto dodatku) a počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících za období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2016, pokud Poskytovatel v tomto období splní tyto podmínky:
 - a. Poskytovatel poskytuje pojištěncům Pojišťovny hrazené služby v souladu se Smlouvou a s podmínkami účasti v programu kvality péče AKORD. Za nesplnění této podmínky se považuje porušení podmínek Smlouvy a zejména podmínek účasti v programu kvality péče AKORD, na které je Poskytovatel v průběhu kalendářního roku písemně Pojišťovnou upozorněn,
 - b. Poskytovatel nepřekročí k datu v odst. 3 tohoto článku limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce. Stanovení počtu přepočtených pojištěnců je uvedeno v Dodatku č. 22 ke Smlouvě č. 7B74B010 ze dne 28.12.2007 (standardní úhradový dodatek),
 - c. Poskytovatel splní alespoň jeden z vybraných kvalitativních ukazatelů indikující dobrou praxi.
2. V případě, že běží výpovědní doba, Poskytovateli nebude za toto období přiznána bonifikace a nebude navýšena ani základní kapitační sazba.

3. K 31. 12. 2016 je Poskytovateli stanoven limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce ve výši **9 688,23 Kč**.

Pro 1. čtvrtletí 2016 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši **2 505,31 Kč** na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 2. čtvrtletí 2016 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši **2 384,97 Kč** na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 3. čtvrtletí 2016 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši **2 406,16 Kč** na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pojišťovna sdělí Poskytovateli vždy do 90 dnů po skončení 1., 2. a 3. kalendářního čtvrtletí počet přepočtených pojištěnců k poslednímu dni každého kalendářního čtvrtletí.

4. Do započitatelné péče se zahrnuje:

- úhrada léčivých přípravků předepsaných registrovaným pojištěncům (s vyloučením těch, které jsou vázány na specifické indikace – léčivé přípravky zařazených do ATC skupin hrazené v režimu center pro výdej speciálních léků u Poskytovatelů s povolenou Zvláštní smlouvou),
- úhrada preskripce zdravotnických prostředků,
- úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 810, 812 až 819, 822 a 913 podle seznamu výkonů,
- úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornosti 902,
- úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornosti 925,
- úhrada za poskytnutou ambulantní specializovanou péči,
- úhrada cestovného pojištěnců na dokladech typu 39,
- úhrada přepravy zdravotnické dopravní služby na dokladech typu 34,
- úhrada za komplexní lázeňské léčení,
- úhrada za ošetrovací dny veškeré lůžkové péče o registrované pojištěnce, započítávané paušální cenou 600 Kč/den,

poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv Poskytovatelem.

5. Jestliže Poskytovatel k poslednímu dni kalendářního čtvrtletí, ve kterém je zapojen do programu kvality péče AKORD, splní podmínky uvedené v odst. 1 písm. a) tohoto článku a zároveň v příslušném čtvrtletí nepřekročí limit započitatelné péče uvedený v odst. 3 tohoto článku, bude mu Pojišťovnou vždy do 120 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí vyplacena bonifikace ve výši 10% z celkové předpokládané roční bonifikace.
6. Jestliže Poskytovatel k 31. 12. 2016 splní podmínky uvedené v odst. 1 písm. a) až písm. c) tohoto článku, bude mu Pojišťovnou do 150 dnů po skončení tohoto období vyplacena zbývající část bonifikace jako rozdíl mezi bonifikací vypočtenou z údajů k 31. 12. 2016 a bonifikací vyplacenou dle odst. 5.
7. Metodika výpočtu čtvrtletních a ročních bonifikací je součástí přílohy č. 1 tohoto dodatku.
8. Jestliže Poskytovatel vstoupí do programu kvality péče AKORD v průběhu kalendářního roku 2016, bude mu za splnění podmínek dle tohoto dodatku vyplacena bonifikace ve výši odpovídající době účasti Poskytovatele v programu kvality péče AKORD.

Článek VIII.

Závěrečná ustanovení

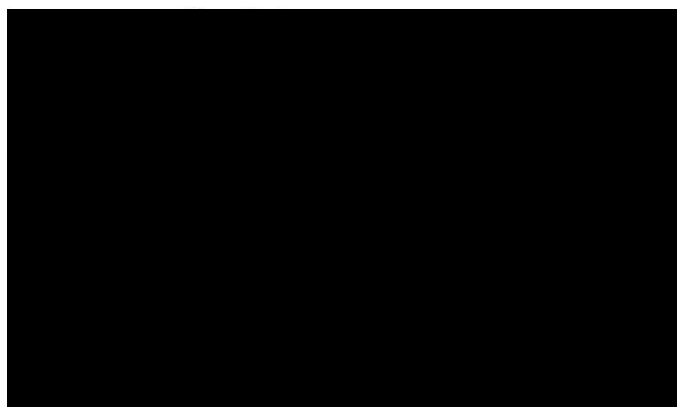
1. Pro zajištění elektronické komunikace mezi smluvními stranami budou smluvní strany využívat kontaktní emailová spojení uvedená ve Smlouvě.
2. Tento Dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy a nabývá platnosti dnem jeho uzavření.
3. Pokud bude Dodatek uzavřen do 31. 1. 2016, nabývá účinnosti dne 1. 1. 2016. Pokud bude uzavřen v období od 1. 2. 2016 do 31. 7. 2016, nabývá Dodatek účinnosti dne 1. 7. 2016.
4. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2016.
5. Tento Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
6. Příloha č. 1 k tomuto dodatku je nedílnou součástí tohoto dodatku a Poskytovatel svým níže připojeným podpisem s jejím obsahem souhlasí.

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

V dne



V Brně dne.....18.01. 2016



Metodika výpočtu čtvrtletních a ročních bonifikací a stanovení limitu započitatelné péče

Systém bonifikací pro praktické lékaře pro děti a dorost se skládá ze dvou základních složek:

- 1) bonifikace za účast v programu kvality péče AKORD,
- 2) kombinovaná bonifikace za splnění limitu stanovených započitatelných nákladů na vybranou zdravotní péči a za splnění vybraných kvalitativních ukazatelů indikujících dobrou praxi.

Popis bonifikací**a) Navýšení kapitačního paušálu AKORD**

Jedná se o průběžné navýšení kapitační platby, které je pevně stanoveno po celou dobu účasti Poskytovatele v programu Akord v rámci hodnoceného období. Základní sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se navyšuje o částku ve výši 3,- Kč.

b) Motivační bonifikace (MB) – bonifikace za splnění limitu stanovených započitatelných nákladů na vybranou zdravotní péči a za splnění vybraných kvalitativních ukazatelů (index bonifikace dobré praxe – BDP)

Motivační bonifikace je stanovena ve výši 13 % z částky, která se vypočte násobením základní sazby kapitační platby počtem přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2016. Motivační bonifikace je dělena v 1. až 3. čtvrtletí kalendářního roku po 10 % z celkového předpokládaného maximálního ročního objemu motivační bonifikace. Její přidělení závisí na splnění čtvrtletních limitů stanovených započitatelných nákladů.

Zbytek motivační bonifikace bude vyplácen po skončení roku. V případě splnění smluvně stanovených podmínek je zbytek motivační bonifikace stanoven jako rozdíl vypočtené roční bonifikace a bonifikací již vyplacených za předcházející čtvrtletí.

Výpočet indexu bonifikace dobré praxe (BDP)

Ukazatel	Parametr	Hodnota ukazatele
Dodržení limitu započitatelné péče	Ano	0,20
	Ne	0
Počet vyšetření kolorektálního karcinomu	17 % a více	0,25
	Méně než 17 %	0
Počet očkování proti chřipce	7 % a více	0,05
	Méně než 7 %	0
Dispenzarizace pojištěnců s chronickým onemocněním diabetes mellitus	3 % a více	0,35
	Méně než 3 %	0
Objem čerpání péče u jiných VPL a v rámci pohotovostních služeb	105 % a méně	0,05
	Více než 105 %	0
Racionální preskripce	Ano	0,10
	Ne	0
Celkem		1,00

Podmínky pro splnění jednotlivých ukazatelů:

- dodržení limitu započitatelné péče – limit je pevně stanoven v dodatku,
- počet vyšetření kolorektálního karcinomu – v procentech vyjádřený poměr provedených vyšetření kolorektálního karcinomu u pojištěnců ve věku 50 až 80 let k celkovému počtu registrovaných pojištěnců ve věku 50 až 80 let (stav k 31. 12. 2016, se zohledněním pojištěnců, u kterých byl od roku 2009 proveden výkon kolonoskopie nebo výkon vyšetření kolorektálního karcinomu gynekologem),
- počet očkování proti chřipce – v procentech vyjádřený poměr provedených očkování proti sezónní chřipce (vykázaných kódem 02125) u pacientů starších 65 let k celkovému počtu registrovaných pojištěnců starších 65 let (stav k 31. 12. 2016),
- počet dispenzarizovaných pojištěnců s chronickým onemocněním diabetes mellitus – v procentech vyjádřený poměr unikátních dispenzarizovaných pojištěnců s chronickým onemocněním diabetes mellitus (vykázaných kódem 01201 alespoň dvakrát v roce na jednoho unikátního pojištěnce) k celkovému počtu registrovaných pojištěnců (stav k 31. 12. 2016),

- objem čerpání hrazených služeb u jiných VPL a v rámci pohotovostních služeb – podíl registrovaných pojištěnců u daného Poskytovatele, kteří čerpají hrazené služby u jiných všeobecných praktických lékařů či v rámci pohotovostních služeb a tento poměr se porovnává s krajskou hodnotou tohoto poměru,
- racionální preskripce – podmínka je splněná v případě, že potenciální úspora u předepsaných léčivých přípravků (za podmínky zachování stejné ATC skupiny a síly účinné látky) nepřesáhne 15% celkového objemu těchto léčivých přípravků předepsaných Poskytovatelem za rok 2016.

Celková hodnota indexu bonifikace dobré praxe se stanoví jako součet hodnot jednotlivých ukazatelů v závislosti na splnění příslušných podmínek stanovených pro dané ukazatele.

Roční motivační bonifikace je dána součinem vypočtené roční bonifikace a indexu bonifikace dobré praxe.

V případě zapojení Poskytovatele až v průběhu roku 2016 (k 1. 7. 2016) jsou parametry pro vyhodnocení počtu vyšetření kolorektálního karcinomu úměrně sníženy, a to na hodnotu 8,5 %.

Výpočet limitu započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce

- 1) Pokud je referenční limit Poskytovatele menší nebo roven krajskému referenčnímu limitu, pak se limit pro rok 2016 daného Poskytovatele rovná referenčnímu limitu Poskytovatele navýšenému o 10 %,
- 2) Pokud je referenční limit Poskytovatele vyšší než krajský referenční limit, pak se limit pro rok 2016 daného Poskytovatele vypočte jako součet krajského referenčního limitu a rozdílu mezi referenčním limitem Poskytovatele a krajským referenčním limitem, násobeného koeficientem (0,5),
- 3) Úprava takto vypočteného limitu započitatelné péče je v kompetenci koordinátora AKORD. Smluvně stanovená výše limitu započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce je uvedena v článku VII., odst. 3 tohoto dodatku AKORD,
- 4) Pokud Poskytovatel nemá pro potřeby AKORDU smluvní a datovou historii v žádném čtvrtletí referenčního období, pak je referenční limit stanoven na úrovni 100% krajského referenčního průměru.
- 5) Referenčním obdobím pro rok 2016 se rozumí 1. čtvrtletí 2014 až 4. čtvrtletí 2014. Při výpočtu limitu pro 1. – 3. čtvrtletí jsou počítány pouze kvartální hodnoty, ve 4. čtvrtletí je již počítán celoroční limit. Pro Poskytovatele, který se do programu Akord zapojí v průběhu roku 2016, je referenční období odvozeno analogicky v závislosti na datu vstupu do programu.

