

Dodatek č. 12

ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 0U55C029 ze dne 3.1.2011 (dále jen „Smlouva“)

(kombinovaná kapitálně výkonová platba u praktických lékařů pro děti a dorost)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatelem: Pediatrie ZRAK s.r.o.
sídlo: Litoměřice, U Katovny 2023/1, PSČ 41201
kterého zastupuje: MUDr. Zdeněk Zíma
IČO: 28733967 **IČZ :** 55793000
(dále jen **Poskytovatel**)

a

Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, IČO 41197518,
Regionální pobočka Ústí nad Labem, pobočka pro Liberecký a Ústecký kraj,
kterou zastupuje: Ing. Blanka Vajrychová, **funkce:** vedoucí Oddělení správy smluv,
doručovací adresa: VZP ČR, Klientské pracoviště Teplice, 28. října 975/23, 415 01 Teplice
(dále jen **Pojišťovna**)

Smluvní strany ve snaze zlepšovat zdravotní péči o pojištěnce, zejména zvyšovat účelnost a vzájemnou koordinaci poskytovaných hrazených služeb uzavírají tento dodatek č. 12 ke Smlouvě, kterým Poskytovatel vstupuje do programu kvality péče AKORD.

Smluvní strany se dále dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých Poskytovatelem, který vstoupil do programu kvality péče AKORD a uzavřel s Pojišťovnou dodatek č. 11 (*standardní úhradový dodatek*), bude v souladu s ustanovením § 17 odst. 5 větou šestou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“), v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015 navýšena o následující platby.

Článek I.

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.

Článek II.

Práva a povinnosti smluvních stran

1. Poskytovatel je povinen
 - a) komunikovat s Pojišťovnou (hlášení nepřítomnosti/zastupování elektronickým formulářem), s dalšími Poskytovateli a pojištěnci přednostně elektronickým způsobem,

- b) předávat dávky výkonů a faktury za poskytnuté hrazené služby výhradně prostřednictvím Portálu VZP ČR,
 - c) na Portálu VZP mít aktivovanou službu pro zasílání dopisů Akord o vyúčtování bonifikací,
 - d) přizpůsobovat po projednání s Pojišťovnou smluvně dohodnutý počet a rozložení ordinačních hodin potřebám pojištěnců,
 - e) zajišťovat objednání pojištěnců k indikované ambulantní či lůžkové zdravotní péči,
 - f) respektovat organizační pokyny útvaru krajského koordinátora programu kvality péče Aleny Krejčíkové a konzultovat s ním řešení složitých a neobvyklých léčebných postupů,
 - g) být viditelně označen logem programu kvality péče AKORD,
 - h) informace poskytnuté Pojišťovnou v souladu s tímto dodatkem využívat výhradně pro potřeby poskytování hrazených služeb pojištěncům Pojišťovny, kteří jsou u něho registrováni.
2. Nad rámec výše uvedených povinností se může Poskytovatel dále zavázat k:
- a) vedení zdravotnické dokumentace jedním z těchto způsobů* :
 - i – ~~v elektronické podobě se zaručeným elektronickým podpisem~~
 - ii – v elektronické podobě bez zaručeného elektronického podpisu
 (* nehodící se škrtně),
 v případě změny způsobu vedení zdravotnické dokumentace sdělí Poskytovatel tuto skutečnost Pojišťovně nejpozději do 30 dnů od provedení změny,
 - b) vedení objednávkového systému a v případě zájmu objednávání pojištěnců k vyšetření na přesně stanovené termíny s čekací dobou nepřesahující obvykle 15 minut,
 - c) při splnění těchto podmínek bude Poskytovatel bonifikován nad rámec základního navýšení kapitační platby dle článku V.
3. Pojišťovna
- a) zajišťuje a spravuje přístupová práva Poskytovatele jako autorizované osoby pro elektronickou komunikaci (Portál VZP ČR),
 - b) výhradně elektronicky, prostřednictvím Portálu VZP ČR, podává Poskytovateli v souladu s § 24 odst. 3 zákona č.551/1991 Sb., 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 III.

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 IV.

Způsob a důvody ukončení postupu 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 následujícího kalendářního čtvrtletí po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

Článek V.

Navýšení kapitační platby

Základní sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce na kalendářní měsíc při splnění podmínek dle článku II., odst. 1. tohoto dodatku se navyšuje o 4,- Kč.

Základní sazba může být dále navýšena takto:

Splnění podmínky	ANO	NE	
dle článku II, odst. 2, písm. a) tohoto dodatku	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dle článku II, odst. 2, písm. b) tohoto dodatku	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Za každou splněnou podmínku dle výše uvedené tabulky se základní sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce na kalendářní měsíc navyšuje o 1 Kč. Poskytovatel svým podpisem potvrzuje, že se zavazuje splnit podmínky uvedené ve shora uvedené tabulce.

Na základě splnění výše uvedených podmínek bude základní kapitační sazba navýšena celkem o částku ve výši 6 Kč.

Článek VI.

Bonifikace v programu kvality péče AKORD

1. Pojišťovna uhradí Poskytovateli alikvotní část roční bonifikace v maximální výši 12 % z částky, která se vypočte jako součin základní sazby kapitační platby (tzn. bez navýšení kapitační platby dle Článku V. tohoto dodatku) a počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících za období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2015, 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 podle odst. 3. tohoto článku limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce. Stanovení počtu přepočtených pojištěnců je uvedeno v Dodatku č. 11 ke Smlouvě č. 0U55C029 ze dne 3.1.2011 (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. 2015 je Poskytovateli stanoven limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce ve výši 2 926,43 Kč.

Pro 1. čtvrtletí 2015 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 733,52 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 2. čtvrtletí 2015 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 773,38 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 3. čtvrtletí 2015 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 713,75 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,

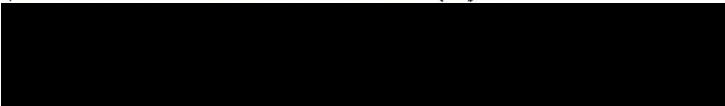
poskytnuté nebo indikované kterýmkoli Poskytovatelem.

5. Jestliže Poskytovatel k poslednímu dni kalendářního čtvrtletí, ve kterém je zapojen do programu kvality péče AKORD, splní podmínky uvedené v odst. 1a) a 1b) 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. 2015 splní podmínky uvedené v odst. 1a) a 1c) 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. 2015 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 2015, bude mu za splnění podmínek dle tohoto dodatku vyplacena bonifikace ve výši odpovídající době účasti Poskytovatele v programu kvality péče AKORD.

Článek VII.

Závěrečná ustanovení

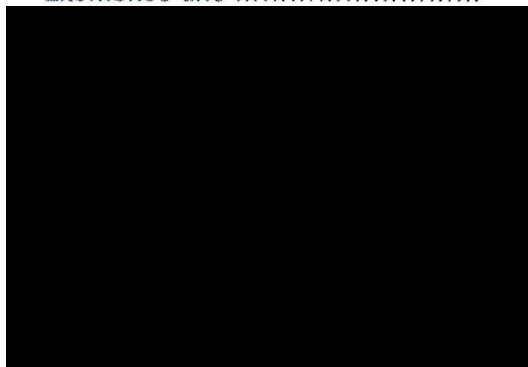
1. Pro zajištění elektronické komunikace mezi smluvními stranami budou smluvní strany používat tato kontaktní e-mailová spojení:



2. Tento dodatek se stává nedílnou součástí Smlouvy.
3. Tento dodatek nabývá platnosti dnem jeho uzavření. Pokud bude dodatek uzavřen do 31. 12. 2014, nabývá účinnosti dne 1. 1. 2015. Pokud bude uzavřen po 31. 12. 2014, pak platí, že dodatek nabývá účinnosti 1. dnem kalendářního čtvrtletí následujícím po kalendářním čtvrtletí, v němž budou splněny všechny podmínky pro nabytí jeho účinnosti.
4. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2015.
5. Příloha č. 1 k tomuto dodatku je nedílnou součástí tohoto dodatku a Poskytovatel svým níže připojeným podpisem s jejím obsahem souhlasí.
6. Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
7. Kde je ve Smlouvě uveden pojem Zdravotnické zařízení, je tím myšlen pojem Poskytovatel, a kde je uveden pojem zdravotní péče, je tím myšlen pojem hrazené služby.

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

Litoměřice dne 18. 12. 2014



Teplice dne 31. 12. 2014



REGIONÁLNÍ Pobočka
[3115] 3

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 maximálně o částku ve výši 6,- Kč s ohledem na splnění podmínek uvedených v článku II. tohoto dodatku.

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 12% z částky, která se vypočte násobením základní sazby kapitační platby počtem přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2015. 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	0,30
	Ne	0
Počet provedených preventivních prohlídek	40% a více	0,30
	Pod 40%	0
Objem čerpání péče u jiných PLDD a v rámci pohotovostních služeb	105% a méně	0,10
	Nad 105%	0
Dodržování metodiky pravidelného očkování	Ano	0,30
	Ne	0
Celkem		1,00

Podmínky pro splnění jednotlivých ukazatelů:

- dodržení limitu započitatelné péče – limit je pevně stanoven v dodatku,
- počet provedených preventivních prohlídek – v procentech vyjádřený poměr provedených preventivních prohlídek u pojištěnců starších 5 let k celkovému počtu registrovaných pojištěnců starších 5 let (stav k 31. 12. 2015),
- objem čerpání hrazených služeb u jiných PLDD a v rámci pohotovostních služeb – podíl registrovaných pojištěnců u daného Poskytovatele, kteří čerpají hrazené služby u jiných praktických lékařů pro děti a dorost či v rámci pohotovostních služeb a tento poměr se porovnává s krajskou hodnotou tohoto poměru,
- dodržování metodiky pravidelného očkování – podmínka je splněna v případě, že chybovost ve vykazování pravidelného očkování v roce 2015 dle platné Metodiky provádění pravidelného očkování nebude vyšší jak 5 %,

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 2015 jsou parametry pro vyhodnocení počtu preventivních prohlídek úměrně sníženy v závislosti na datu vstupu do programu Akord, a to následovně (přičemž hodnota ukazatele se nemění):

Datum vstupu	Preventivní prohlídky
1.4.2015	30 %
1.7.2015	20 %
1.10.2015	10 %

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 2015 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 2015 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 VI., 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 2015 se rozumí 1. čtvrtletí 2013 až 4. čtvrtletí 2013. 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 2015, je referenční období odvozeno analogicky v závislosti na datu vstupu do programu.