



22-01-2018

č.j.:

počet l./př.:

954/18

Dodatek č. 55

ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče

č. 8P47B017 ze dne 28.12.2007 (dále jen „Smlouva“)
(kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro dospělé)

uzavřené mezi smluvními stranami:

| | |
|--|--|
| Poskytovatel zdravotních služeb: | Rokycanská nemocnice, a.s. |
| Sídlo (obec): | Rokycany |
| Ulice, č.p., PSČ: | Voldušská 750, 337 01 |
| Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Krajský soud v Plzni, oddíl B, vložka 1071, dne 26.8.2003 | |
| Zastoupený (jméno, funkce): | Ing. Jiří Veverka, předseda představenstva, Mgr. Jaroslav Šíma, místopředseda představenstva, Ing. Marek Kýhos, MUDr. Alan Sutnar, PhD., Ing. Michal Filař, členové představenstva. Za představenstvo jednají navenek jménem společnosti vždy dva členové představenstva společně. |
| IČ: | 26360900 |
| IČZ: | 47106000 |

(dále jen „Poskytovatel“) na straně jedné

a

| | |
|--|--|
| Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky | |
| Sídlo: | Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00 |
| IČ: | 41197518 |
| Regionální pobočka Plzeň, pobočka pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj | |
| Zastoupená (jméno a funkce): | Ing. Bronislava Hlachová, ředitelka Regionální pobočky Plzeň, pobočky pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj |
| Doručovací adresa (obec): | Plzeň |
| Ulice, č.p., PSČ: | Sady 5. května 59, 306 30 |

(dále jen „Pojišťovna“) na straně druhé

Článek I.

- 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.
- 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. 54 ke Smlouvě č. 8P47B017 ze dne 28. 12. 2007, bude v období od nabytí účinnosti tohoto Dodatku do 31. 12. 2018 navýšena způsobem dále uvedeným v tomto Dodatku.
- Smluvní strany prohlašují, že tato dohoda upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018 (dále jen „vyhláška“) Tímto prohlášením a zveřejněním tohoto Dodatku smluvní strany plní svou povinnost dle § 17 odst. 9 věty čtvrté ZVZP.

L B

Článek II. Předmět Dodatku

Předmětem tohoto Dodatku je úprava vzájemných vztahů smluvních stran při realizaci programu kvality péče AKORD, přičemž tento program je realizován jen u těch poskytovatelů, kteří se s pojišťovnou dohodli na úhradě poskytovaných služeb formou kombinované kapitačně výkonové platby. Obsahem programu kvality péče AKORD je podpora kontinuálního zvyšování kvality a efektivitu hrazených služeb prostřednictvím předávání informací, komunikace a přiměřených motivací. Účelem tohoto Dodatku 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 se zaručeným elektronickým podpisem nebo bez něj 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 sjednanou Přílohu č. 2 Smlouvy v elektronické podobě,
- 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 krajského koordinátora programu kvality péče a složité a neobvyklé léčebné postupy konzultovat s revizními lékaři Pojišťovny;
- 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 efektivitu 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 uchování 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 dva měsíce a počíná běžet od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně.

Článek VI.

Navýšení kapitační sazby

1. Základní kapitační sazba, sjednaná dle článku II. odst. 1 standardního úhradového dodatku, na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se navýšuje:
 - a. o 3 Kč v případě, že Poskytovatel splnil všechny podmínky uvedené v čl. III. odst. 1 tohoto Dodatku a zároveň splňuje podmínku dostupnosti, tj. poskytuje hrazené služby v odbornosti 001 v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou dobu,
 - b. nebo o 2 Kč v případě, že Poskytovatel splnil všechny podmínky uvedené v čl. III. odst. 1 tohoto Dodatku, ale nesplňuje podmínku dostupnosti.
2. Na základě splnění výše uvedených podmínek se základní kapitační sazba navýšuje o částku ve výši 3,00 Kč.

Článek VII.

Bonifikace v programu kvality péče AKORD

1. Pojišťovna uhradí Poskytovateli níže uvedeným způsobem roční bonifikaci **maximálně ve výši 13 % z částky**, která se vypočte jako součin základní kapitační sazby sjednané v článku II. odst. 1 standardního úhradového dodatku (tzn. bez navýšení kapitační sazby dle Článku VI. tohoto Dodatku a dalších navýšení a bonifikací sjednaných ve standardním úhradovém dodatku) a počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících za období od účinnosti tohoto Dodatku do 31. 12. 2018 (dále jen „celková předpokládaná roční bonifikace“), 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 uvedenému v odst. 5 tohoto článku limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce. Stanovení počtu přepočtených pojištěnců je uvedeno v standardním úhradovém dodatku,
 - c. Poskytovatel dosáhne podílu dispenzarizovaných diabetiků (viz příloha č. 1 tohoto dodatku) většího než nula a splní alespoň jeden z vybraných kvalitativních ukazatelů indikujících dobrou praxi.
2. Jestliže Poskytovatel k poslednímu dni 1., 2. a 3. 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. 5 tohoto článku, má nárok na bonifikaci ve výši 8% z celkové předpokládané roční bonifikace. Příslušná částky bude Poskytovateli vyplacena vždy do 120 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí.
 3. Jestliže Poskytovatel k 31. 12. 2018 splní podmínky uvedené v odst. 1 písm. a) až c) tohoto článku, bude mu Pojišťovnou do 150 dnů po skončení tohoto období vyplacena zbývající část celkové roční bonifikace vypočtená jako rozdíl mezi celkovou roční bonifikací, na níž poskytovateli vznikl nárok podle tohoto Dodatku a bonifikací vyplacenou dle odst. 2 tohoto článku.
 4. V případě, že běží výpovědní doba, Poskytovateli nebude za toto období přiznána bonifikace a nebude navýšena ani základní kapitační sazba dle článku VI. tohoto Dodatku.
 5. K 31. 12. 2018 je Poskytovateli stanoven limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce ve výši 10 790,68 Kč.

Pro 1. čtvrtletí 2018 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 2 430,47 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 2. čtvrtletí 2018 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 3 024,19 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 3. čtvrtletí 2018 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 2 400,58 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.

6. Do započitatelné péče se zahrnuje:

- úhrada léčivých přípravků předepsaných registrovaným pojištěncům (s výjimkou těch, které jsou vázány na specifické indikace – léčivé přípravky zařazené do ATC skupin hrazené v režimu center pro výdej speciálních léků u Poskytovatelů s povolenou Zvláštní smlouvou),
- úhrada preskribovaných zdravotnických prostředků,
- úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornostech 222, 801, 802, 807, 809, 810, 812 až 819 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 cestovního 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 registrovanému pojištěnci kterýmkoliv Poskytovatelem.

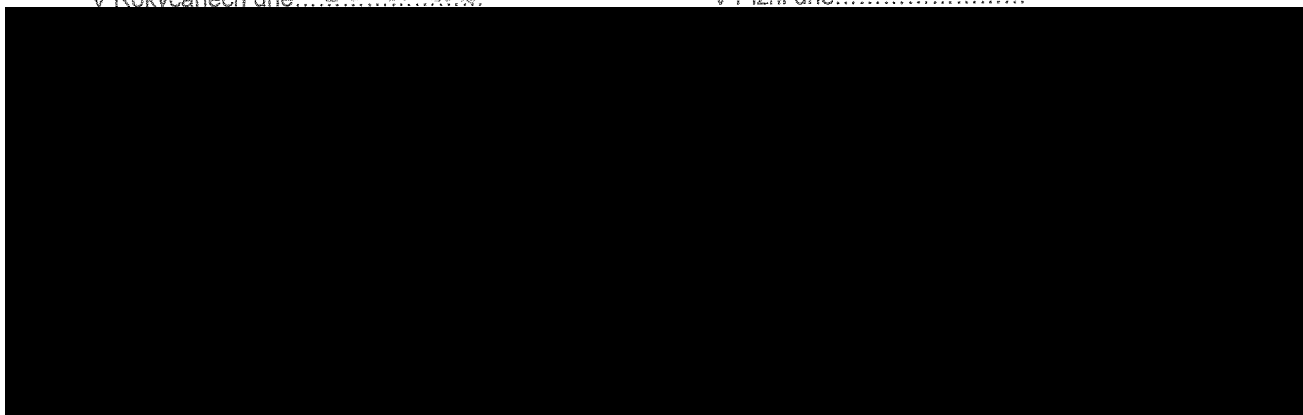
7. Metodika výpočtu čtvrtletních a ročních bonifikací je součástí přílohy č. 1 tohoto Dodatku.
8. Jestliže Poskytovatel vstoupí do programu kvality péče AKORD v průběhu kalendářního roku 2018, bude mu za splnění podmínek dle tohoto Dodatku vyplacena bonifikace ve výši odpovídající době účasti Poskytovatele 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. 2018, nabývá účinnosti dne 1. 1. 2018. Pokud bude uzavřen v období od 1. 2. 2018 do 31. 7. 2018, nabývá Dodatek účinnosti dne 1. 7. 2018.
4. Dodatek se uzavírá do 31. 12. 2018.
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 Rokycanech dne... 29-01-2018

V Plzni dne... 31-01-2018



Struktura započitatelných nákladů

1. Započitatelná péče představuje hrazené služby poskytnuté nebo indikované kterýmkoliv Poskytovatelem na pojištěnce, který je registrován u hodnoceného praktického lékaře.
2. Do započitatelné péče se zahrnuje:
 - a. úhrada léčivých přípravků předepsaných registrovaným pojištěncům (s vyloučením těch, které jsou vázány na specifické indikace – léčivé přípravky zařazené do ATC skupin hrazené v režimu center pro výdej speciálních léků u zdravotnických zařízení s povolenou Zvláštní smlouvou),
 - b. úhrada preskripce zdravotnických prostředků,
 - c. úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 810, 812 až 819, 822 a 913 podle seznamu výkonů,
 - d. úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornosti 902,
 - e. úhrada poskytnutých hrazených služeb v odbornosti 925,
 - f. úhrada za poskytnutou ambulantní specializovanou péči
 - g. úhrada cestovného pojištěnců na dokladech typu 39,
 - h. úhrada přepravy zdravotnické dopravní služby na dokladech typu 34,
 - i. úhrada za komplexní lázeňské léčení,
 - j. úhrada za ošetrovací dny veškeré lůžkové péče o registrované pojištěnce započítávané paušální cenou 600 Kč/den.
3. Výpočet započitatelných nákladů je stanoven na jednoho přepočteného pojištěnce.