

Dodatek č. 59 ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 9S26B003 ze dne 18. března 2009 (dále jen „Smlouva“)
(kombinovaná kapitačně výkonová platba u praktických lékařů pro děti a dorost)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	Mediclinic a.s.
Sídlo (obec):	Brno - Žabovřesky
Ulice, č.p., PSČ:	Minská 84/97, PSČ 616 00
Zápis v obchodním rejstříku: <ul style="list-style-type: none">Soud MS v Praze, oddíl B, vložka 5714, den 20.06.2007	
Zastoupený (jméno, funkce):	Pavel Vajskebr, Mgr. V. Polata, Ing. R. Peš, jednatele
IČ:	27918335
IČZ:	26164000

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

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00
IČ:	41197518
Regionální pobočka Praha, pobočka pro Hl. město Prahu a Středočeský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Markéta Benešová, vedoucí Oddělení správy smluv RP Praha, pobočky pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj
Doručovací adresa (obec):	Praha 1
Ulice, č.p., PSČ:	Na Perštýně 359/6, 110 01

(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. 56, bude v období od účinnosti tohoto dodatku do 31. 12. 2016 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. 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. komunikovat s Pojišťovnou (hlášení nepřítomnosti/zastupování) elektronickým formulářem, s dalšími Poskytovateli a pojištěnci Pojišťovny přednostně elektronickým způsobem,
- b. předávat dávky výkonů a faktury za poskytnuté hrazené služby výhradně prostřednictvím VZP POINT (portál VZP ČR),
- c. přizpůsobovat po projednání s Pojišťovnou smluvně dohodnutý počet a rozložení ordinačních hodin potřebám pojištěnců,
- d. zajišťovat objednání pojištěnců k indikované ambulantní či lůžkové zdravotní péči,
- e. respektovat organizační pokyny útvaru krajského koordinátora programu kvality péče a konzultovat s ním řešení složitých a neobvyklých léčebných postupů,
- f. být viditelně označen logem programu kvality péče AKORD,
- g. 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 v elektronické podobě s/bez zaručeného elektronického podpisu*:
 - i. ☐ ANO
 - ii. ☒ NE(* 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*,
 - i. ☐ ANO
 - ii. ☒ NE(* nehodící se škrtně)

Při splnění podmínek uvedených v písm. a) nebo b) tohoto odstavce bude Poskytovatel bonifikován nad rámec základního navýšení kapitační platby dle článku VI odst. 1 tohoto dodatku.

3. 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 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 navyšuje o 4,- Kč.
2. Za každou splněnou podmínku dle článku III., odst. 2 písm. a) a b) se základní sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce na kalendářní měsíc navyšuje o 1 Kč.
3. Na základě splnění výše uvedených podmínek bude základní kapitační sazba navýšena celkem o částku ve výši 6 Kč.

Článek VII. Bonifikace v programu kvality péče AKORD

1. Pojišťovna uhradí Poskytovateli alikvotní část roční bonifikace maximálně ve výši 12 % 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. 56ke Smlouvě č. 9S26B003 ze dne 18. března 2009,
 - 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 **2464,37 Kč**.

Pro 1. čtvrtletí 2016 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši **682,88 Kč** na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 2. čtvrtletí 2016 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši **653,44 Kč** na jednoho přepočteného pojištěnce.

Pro 3. čtvrtletí 2016 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši **482,51 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 po 31. 1. 2016, pak platí, že dodatek nabývá účinnosti 1. dnem kalendářního čtvrtletí následujícím po kalendářním čtvrtletí, v němž budou splněny všechny podmínky pro nabytí jeho účinnosti uvedené v článku III. odst. 1 a 2.
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.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu

