

Metodika výpočtu čtvrtletních a ročních bonifikací a stanovení limitu započitatelné péče

Systém bonifikací pro všeobecné praktické lékaře se skládá ze dvou základních složek:

- 1) bonifikace za účast v programu kvality péče AKORD (dále jen „PKP AKORD“), tj. za splnění podmínek uvedených v čl. III odst. 1 Dodatku,
- 2) kombinovaná bonifikace za splnění limitu stanovených započitatelných nákladů na vybranou zdravotní péči a za splnění vybraných kvalitativních ukazatelů dobré praxe.

1. Popis bonifikací

a) Navýšení základní kapitační sazby za účast v PKP AKORD

Jedná se o průběžné navýšení základní kapitační sazby, které je pevně stanoveno po celou dobu účasti Poskytovatele v PKP AKORD v rámci hodnoceného období. Základní kapitační sazba na jednoho přepočteného registrovaného pojištěnce Pojišťovny na kalendářní měsíc se navyšuje o částku ve **výši 2,- Kč, nebo 3,- Kč** dle splnění podmínek do PKP AKORD uvedených v Článku VI odst. 1 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 za rok 2020 může dosáhnout maximálně **13 % z částky**, která se vypočte jako součin základní kapitační sazby, počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2020 a indexu bonifikace dobré praxe.

Motivační bonifikace je rozdělena do 4 plateb. V 1. až 3. čtvrtletí kalendářního roku budou při splnění čtvrtletních limitů započitatelných nákladů uvedených v Článku VII odst. 5 Dodatku realizovány tři platby **po 8 % z celkové předpokládané roční bonifikace**.

Zbývající část motivační bonifikace, na niž Poskytovateli vznikl nárok podle Dodatku vč. této Přílohy, bude vyplacena po skončení roku 2020.

Při vyhodnocování ukazatelů a výpočtu bonifikací se vždy uvažuje poskytnutá a uhrazená zdravotní péče na registrovaného pojištěnce, který je u daného Poskytovatele registrován k poslednímu dni zpracovávaného období.

Index bonifikace dobré praxe (BDP)

Kvalitativní ukazatel dobré praxe	Parametr	Hodnota ukazatele
Dodržení limitu započitatelné péče	Ano	0,10
	Ne	0
Počet vyšetření kolorektálního karcinomu	20 % a více	0,15
	Méně než 20 %	0
Počet očkování proti chřipce	9 % a více	0,15
	Méně než 9 %	0
Dispenzarizace pojištěnců s chronickým onemocněním diabetes mellitus	3 % a více	0,20
	Méně než 3 %	0 (s výjimkou případů uvedených níže)
Objem čerpání péče u jiných všeobecných praktických lékařů a v rámci pohotovostních služeb	105 % a méně	0,10
	Více než 105 %	0
Racionální preskripce	Ano	0,30
	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 vykázaných signálními výkony č. 15120 nebo 15121 u pojištěnců ve věku

50 až 80 let k celkovému počtu registrovaných pojištěnců ve věku 50 až 80 let (stav k 31. 12. 2020, s vyloučením pojištěnců, u kterých byl od roku 2009 proveden výkon kolonoskopie nebo výkon vyšetření kolorektálního karcinomu gynekologem provedený v letech 2018 a 2019). V případě zapojení Poskytovatele až v průběhu roku 2020 (tj. k 1. 7. 2020) jsou parametry pro vyhodnocení počtu vyšetření kolorektálního karcinomu úměrně sníženy, a to na hodnotu 10 %,

- 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. 2020),
- 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 k 31. 12. 2020 (dále jen „podíl dispenzarizovaných diabetiků“),
- objem čerpání hrazených služeb u jiných všeobecných praktických lékařů 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 ku krajské hodnotě tohoto podílu,
- racionální preskripce – podmínka je splněná v případě, že potenciální úspora u předepsaných léčivých přípravků za podmínky zachování stejné ATC skupiny a síly účinné látky, tj. úhrada za léčivé přípravky, kterou Pojišťovna potenciálně mohla ušetřit, pokud by Poskytovatel v daném roce preskriboval racionálněji, nepřesáhne 15% objemu úhrady za léčivé přípravky předepsané Poskytovatelem za rok 2020, a zároveň, pokud poskytovatel dosáhne alespoň 60 % objemu úhrady za preskripci léčivých přípravků na pozitivním listu VZP ČR ve srovnání s celkovou preskripcí za všechny dotčené ATC skupiny (pozn. aktuální pozitivní list VZP ČR je zveřejněn na webových stránkách <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/ambuleky>).

V případě, že podíl dispenzarizovaných diabetiků je menší než 3%,

a) bude hodnota ukazatele stanovena na 0,15 (tj. vyplacena část bonifikace, na niž by Poskytovateli vznikl nárok při plném splnění tohoto parametru), za podmínky, že dosažený podíl dispenzarizovaných diabetiků bude v roce 2020 větší minimálně o 0,50 % oproti roku 2019, nebo,

b) pokud Poskytovatel nesplní podmínku uvedenou v předchozí větě, bude hodnota ukazatele stanovena na 0,10 (tj. vyplacena část bonifikace, na niž by Poskytovateli vznikl nárok při plném splnění parametru), za podmínky, že bude dosažený podíl dispenzarizovaných diabetiků v roce 2020 větší minimálně o 0,25 % oproti roku 2019.

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

Celková roční bonifikace

Celková roční bonifikace se na základě výše uvedených skutečností vypočte takto:

$$\text{Celková roční bonifikace} = 0,13 * \text{BDP} * \text{ZKS} * \text{PJP}$$

Kde:

- BDP je index bonifikace dobré praxe, nabývající hodnoty 0 až 1 dle splnění jednotlivých ukazatelů,
- ZKS je základní kapitační sazba sjednaná ve standardním úhradovém dodatku,
- PJP je součet počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2020.

Po skončení roku bude Poskytovateli zaslána částka Celkové roční bonifikace, od které budou odečteny částky motivační bonifikace vyplacené Poskytovateli v 1., 2. a 3. čtvrtletí.

2. Výpočet limitu započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce (dále jen „referenční limit“)

- 1) Pokud je referenční limit Poskytovatele menší nebo roven krajskému referenčnímu limitu, pak se referenční limit daného Poskytovatele pro rok 2020 navýší o 10%. Krajský referenční limit je součtem krajských průměrných nákladů na jednoho přepočteného pojištěnce.
- 2) Pokud je referenční limit Poskytovatele vyšší než krajský referenční limit, pak se limit pro rok 2020 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 PKP AKORD. Smluvně stanovená výše limitu započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce je uvedena v článku VII. odst. 5 tohoto Dodatku,
- 4) Pokud Poskytovatel nemá pro potřeby PKP AKORD smluvní a datovou historii v žádném čtvrtletí referenčního období, pak je referenční limit stanoven na úrovni 100% krajského referenčního průměru.
- 5) Referenčním obdobím se pro účely výpočtu referenčního limitu pro rok 2020 rozumí 1. čtvrtletí 2018 až 4. čtvrtletí 2018. Při výpočtu limitu pro 1. – 3. čtvrtletí jsou počítány pouze kvartální hodnoty, ve 4. čtvrtletí je počítán celoroční limit. Pro Poskytovatele, který se do PKP AKORD zapojí v průběhu roku 2020, jsou za referenční období považována příslušná čtvrtletí v závislosti na datu vstupu do programu.