

# Pravidla pro přiznání bonifikace k základní kapitační platbě

## Komplexní hodnocení nákladovosti (KHN)

Do hodnocení je zahrnuto zhruba 35% celkových nákladů za uznané a uhrazené zdravotní služby evidované u Poskytovatelem registrovaných pojištěnců Zdravotní pojišťovny. O těchto nákladech je Zdravotní pojišťovna přesvědčena, že závisí i na léčebných postupech zvolených Poskytovatelem a tím, jak aktivně ovlivňuje pacienty v racionálním pohybu v síti poskytovatelů zdravotních služeb. Pro každou skupinu zdravotních služeb jsou vypočteny objektivizované průměrné náklady, které zahrnují zhruba 85% nákladů v dané skupině. Zbývajících 15% nákladů za mimořádně nákladné nebo jinak obtížně ovlivnitelné služby je vyloučeno. Metoda je koncipována tak, že obsahuje řadu výluk mimořádně nákladných pacientů se zohledněním věku a pohlaví, vybraných léčiv a výkonů tak, aby byla maximálně objektivní.

Skupina zdravotních služeb (1)	Skutečné náklady na reg. pojištěnce (2)	Započtené náklady na reg. pojištěnce(3)	Porovnávací náklady Zdravotní pojišťovny(4)	Index Nákladů(5): (Započt./ Porovná.)	Koeficient váhy Skupiny(6)	Výsledný index Nákladů(7)
<b>Kapitační platba</b>					-	
Služby praktického lékaře-vlastní, nad rámec kapitace					0,02	
Služby praktického lékaře-vlastní, nepravidelné služby					0,05	
Služby čerpané registrovanými pojištěnci u jiných PL					0,08	
PL vyžádaná cílená vyšetření ambulantních specialistů					0,11	
Ostatní služby ambulantních specialistů					0,11	
Vyžádané služby komplementu - vlastní					0,11	
Ostatní služby komplementu					0,04	
Pobytové dny v lůžkové péči					0,01	
Předepsané léky a PZT-vydané na recepty- vlastní					0,06	
Předepsané léky a PZT-vydané na recepty- ostatní					0,10	
Nákladné léky a PZT-vlastní					-	
Lázeňské a ozdravné hrazené služby					0,01	
Ošetření v návštěvní službě					-	
Domácí zdravotní služby					-	
Ostatní					-	
<b>Celkové náklady hodnocených skupin zdravotních služeb</b>					<b>0,30</b>	
<b>Celkové náklady za registrované pojištěnce</b>					<b>1,00</b>	

### Stanovení celkového indexu pro přiznání bonusu k základní kapitační sazbě

Celkové započtené náklady hodnocených skupin zdravotních služeb na registrované pojištěnce z odpovídajícího KHN předchozího roku (CNp)	
Průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců z časově odpovídajícího KHN předchozího roku (POCp)	
Celkové započtené náklady hodnocených skupin zdravotních služeb na registrované pojištěnce současného KHN (CNS)	
Průměrný počet přepočtených registrovaných pojištěnců současného KHN (POCs)	
Index meziroční změny nákladové efektivity (8) - Ie	
Průběžný index pro přiznání bonusu k základní kapitační platbě (9) – Ci	
Index meziroční změny v počtu registrovaných pojištěnců (10) – reg	
<b>Celkový index pro přiznání bonusu k základní kapitační sazbě (11) Cv</b>	

#### Vysvětlení:

Skupina zdravotních služeb (1)	nákladově oddělená skupina zdravotních služeb, u vybraných služeb je uveden koeficient váhy.
Skutečné náklady na registrované pojištěnce (2)	celkové náklady uhrazené Zdravotní pojišťovnou za uznané zdravotní služby poskytnuté registrovaným pojištěncům Zdravotní pojišťovny (s výjimkou nepravidelných služeb) ve sledovaném období v Kč.
Započtené náklady na registrované pojištěnce (3)	náklady uhrazené Zdravotní pojišťovnou za uznané zdravotní služby poskytnuté registrovaným pojištěncům Zdravotní pojišťovny (s výjimkou nepravidelných služeb) po eliminaci extrémních nákladů v dané skupině zdravotních služeb. Hranice extrémních nákladů je stanovena pro každou skupinu služeb v závislosti na věku a pohlaví. Náklady přesahující tuto hranici se nezohledňují v celkovém hodnocení, celková výše tohoto zohlednění pro celý projekt KHN činí 15 % všech nákladů.
Porovnávací náklady (4)	náklady stanovené na základě součtu průměrných nákladů Zdravotní pojišťovnou pro danou skupinu zdravotních služeb v závislosti na věku a pohlaví.
Index nákladů (5)	započtené náklady (3) ku porovnávacím nákladům (4) pro danou skupinu zdravotních služeb.
Koeficient váhy skupiny (6)	vyjadřuje důležitost nákladové skupiny zdravotních služeb z hlediska potenciálu zvyšování efektivity léčby a možnosti vlivu Poskytovatele.
Výsledný index nákladů (7)	je dán součinem indexu nákladů v dané skupině zdravotních služeb a koeficientu váhy této skupiny (5)x(6).
Celkový výsledný index nákladů (CVi)	je součtem všech výsledných indexů nákladů (7) a vyjadřuje celkové přepočtené hodnocení relevantní nákladovosti.
Celkové náklady hodnocených skupin zdravotních služeb	Souhrnné vyčíslení a hodnocení nákladů všech výše uvedených hodnocených skupin zdravotních služeb.
Index meziroční změny nákladové efektivity (8) - Ie	Je dán poměrem průměrných nákladů hodnocených skupin zdravotních služeb k průměru nákladů hodnocených skupin zdravotních služeb z časově odpovídajícího Komplexního hodnocení nákladovosti předchozího roku. Hodnota se používá v závislosti na počtu registrovaných pojištěnců Zdravotní pojišťovny k určení výše bonifikace kapitační platby. Výpočet: $Ie = (CNS / POCs) / (CNp / POCp)$
Průběžný index pro přiznání bonusu k základní kapitační sazbě (9) - Ci	Součin Celkového výsledného indexu nákladů za registrované pojištěnce s indexem meziroční změny nákladové efektivity. Výpočet: $Ci = CVi * Ie$
Index meziroční změny v počtu registrovaných pojištěnců (10) – reg	Je dán podílem počtu registrovaných pojištěnců s počtem registrovaných pojištěnců z časově odpovídajícího Komplexního hodnocení nákladovosti z předchozího roku.
Celkový index pro přiznání bonusu k základní kapitační sazbě (11) - Cv	Je-li $reg \leq 1$ (došlo ke snížení nebo stagnaci počtu reg.poj) potom $Cv = Ci$ . Je-li $reg > 1$ (došlo ke zvýšení počtu reg.poj.) potom $Cv = Ci - (reg - 1)$

Přesnost metody a účinnost jejího nasazení je závislá na přiměřeně velkém počtu registrovaných pojištěnců, proto jsou **do KHN zařazování poskytovatelé registrující 60 nebo více než 60 pojištěnců Zdravotní pojišťovny**. Délka vyhodnocení zahrnuje uplynulá čtyři čtvrtletí a tím eliminuje sezónní odchylky. Výpočet je proveden vždy do 90 dnů po ukončení čtvrtletí, s tím, že později vykázané služby budou zahrnuty do následujících období. Bonifikace je přiznávána na jednicového pojištěnce Zdravotní pojišťovny a čtvrtletně aktualizována v návaznosti na vyhodnocení KHN.

### Kategorizace Poskytovatele v kapitační platbě a výše přiznaného bonusu k základní kapitační sazbě v roce 2017

Počet registr. pojištěnců v příslušném čtvrtletí	Základní kapitační sazba, včetně příplatku za dostupnost služeb /*	BONIFIKACE				
		Index pro přiznání bonusu: do 0,89	Index pro přiznání bonusu: 0,90 – 0,99	Index pro přiznání bonusu: 1,00 – 1,09	Index pro přiznání bonusu: 1,10 – 1,19	Index pro přiznání bonusu: 1,20 a více
60-149	<b>48,- (+0 až 6,-) Kč</b>	+6,-Kč	+5,-Kč	+2,-Kč	+1,-Kč	+0,-Kč
150-299		+9,-Kč	+7,-Kč	+4,-Kč	+2,-Kč	+0,-Kč
300 - 599		+11,-Kč	+8,-Kč	+6,-Kč	+4,-Kč	+0,-Kč
600 – 1199		+12,-Kč	+10,-Kč	+8,-Kč	+5,-Kč	+0,-Kč
1200 a více		+14,-Kč	+11,-Kč	+9,-Kč	+8,-Kč	+0,-Kč

/\* a) poskytovatelům, kteří poskytují zdravotní služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu, bude pro rok 2017 přiznán příplatek ve výši **6,- Kč**.

b/ poskytovatelům, kteří poskytují zdravotní služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin, bude pro rok 2017 přiznán příplatek ve výši **2,- Kč**.

#### Část II.

Nad rámec PRŮBĚŽNĚ ZÚČTOVÁVANÉ bonifikace základní kapitační platby dle Přílohy č. 1 k Dodatku KAP 2017 Části I., přiznáván dle výsledku KHN, budou jednorázově v termínu konečného zúčtování roku 2017 bonifikovány i další prvky ovlivňující kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, a to:

- a/ aktivní účast na celoživotním vzdělávání      bonifikace 1,- Kč / 1 registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny / kalendářní měsíc (podmínkou pro přiznání bonifikace pro rok 2017 je získání 16 kreditů v roce 2016 nebo Diplom celoživotního vzdělávání)
- b/ akreditace /\*\*      bonifikace 1,- Kč / 1 registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny / kalendářní měsíc počínaje měsícem, v němž byla akreditace přiznána
- c/ školící pracoviště/\*\*      bonifikace 6,- Kč / 1 registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny / kalendářní měsíc / pracoviště (IČP) v němž školení probíhalo
- d/ prevence      bonifikace 2,50 Kč / 1 registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny / kalendářní měsíc, pokud Poskytovatel v roce 2017 provede preventivní prohlídku vykázanou výkonů č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u 30% svých registrovaných pojištěnců Zdravotní pojišťovny mladších 80 let
- e/ screening kolorektálního karcinomu      bonifikace 1,- Kč/ 1 registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny ve věku 50 let a více/ kalendářní měsíc, pokud Poskytovatel v roce 2017 vyhodnotil 15% a více testů na okultní krvácení (výkon 15120, 15121) u pacientů 50 let a více u svých registrovaných pojištěnců Zdravotní pojišťovny.
- f/ Vitakarta +      bonifikace 1,- až 2,- Kč/ 1 registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny / kalendářní měsíc za aktivní využívání rozvojového projektu VITAKARTA+, přičemž bonifikace představuje paušální náhradu nákladů spojených s aktivním vedením osobního účtu pojištěnce podle §1 odst. 4 písm. h) vyhlášky č. 418/2003 Sb. Poskytovatel má nárok na přiznání:
- 1) bonifikace 1,- Kč / 1 registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny / kalendářní měsíc, pokud má zřízen aktivní přístup do VITAKARTY+ a přihlásí se za účelem vyhodnocení pojištěncem čerpaných a uhrazených zdravotních služeb v roce 2017 alespoň jedenkrát za měsíc (min. 10 měsíců v roce)
  - 2) bonifikace 2,-Kč/ 1 registrovaného pojištěnce Zdravotní pojišťovny / kalendářní měsíc, pokud Poskytovatel splňuje pravidlo 1) a zároveň v průběhu roku do Vitakarty+ provedl minimálně 4 záznamy u 4 různých registrovaných pojištěnců Zdravotní pojišťovny.

/\*\* Seznam akreditovaných pracovišť a školících pracovišť převezme Zdravotní pojišťovna z www stránek MZ ČR. Pokud Poskytovatel v průběhu roku 2017 získá akreditaci, stane se školícím pracovištěm, je nezbytné, aby tuto skutečnost Zdravotní pojišťovně průkazným způsobem oznámil spolu s datem získání statutu akreditovaného nebo školícího pracoviště a vymezil Zdravotní pojišťovně období, ve kterém Poskytovatel aktivně školil školence.

Poskytovatel je povinen písemně nahlásit Zdravotní pojišťovně získání statutu akreditovaného školícího pracoviště, respektive ztrátu statutu. Následně již Poskytovatel hlásí pouze údaje týkající se jednotlivých školenců, tj. od kdy do kdy byl každý školencem školen Poskytovatelem.