

Pravidla pro přiznání bonifikace k základní kapitační sazbě

1. Bonifikace vyplácené Poskytovateli po celé hodnocené období na základě podkladů z referenčního období.

V případě těchto bonifikací vyplácených průběžně v roce 2019 platí pravidlo, že rozhodujícím pro jejich přiznání je splnění podmínek pro rok 2017. Jejich splnění v roce 2019 bude podkladem pro bonifikace přiznané v roce 2021.

1.1. Hodnocení nákladovosti (HN) – platí pro PL a PLDD

Do hodnocení nákladovosti jsou zahrnuti poskytovatelé, kteří v roce 2017 registrovali více než 10 pojištěnců Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále jen „OZP“). Hodnocení nákladovosti každého poskytovatele je sledováno v následujících vrstvách:

- Zobrazovací metody
- Vyžádané služby komplementu
- Vyžádané služby v odbornosti fyzioterapeut
- Vyžádané služby v odbornosti domácí péče
- Předepsaná léčiva a ZP na poukaz PZT
- Vyžádaná lázeňská péče
- Vyžádaný zdravotní transport

Ve výše uvedených vrstvách jsou sledovány průměrné náklady na přepočteného pojištěnce za uznané a uhrazené zdravotní služby ze strany OZP u registrovaných pojištěnců poskytovatele segmentu PL nebo PLDD. Současně jsou stejné vrstvy porovnány s průměrnými náklady OZP na přepočteného pojištěnce ve stejném segmentu poskytované péče. Dále jsou sledovány průměrné náklady ve stejných vrstvách na vyžádanou péči čerpanou registrovanými pojištěnci PL nebo PLDD u ostatních poskytovatelů. Tyto náklady u ostatních poskytovatelů jsou porovnávány mezi referenčním a hodnoceným obdobím u každého PL nebo PLDD jako jejich poměr.

Výpočet na přepočteného pojištěnce eliminuje výchyly způsobené mimořádnými náklady Poskytovatele na pojištěnce a současně zajišťuje i zohlednění věkové struktury pojištěnců.

V průběhu roku 2019, vždy po skončení kalendářního čtvrtletí, bude ze strany OZP Poskytovateli odeslán přehled o jeho dosažených průměrných nákladech v jednotlivých vrstvách v porovnání s průměrnými náklady OZP a dále srovnání průměrných nákladů vyžádané péče na jím registrované pojištěnce ostatními poskytovateli (Sloupec *Péče vyžádaná ostatními PZS*). Na podkladě takto zaslanych informací může Poskytovatel v průběhu roku 2019 regulovat své poskytované služby v jednotlivých vrstvách a tím ovlivňovat svá referenční data pro rok 2021.

Příklad:

Průměrné náklady na přepočteného pojištěnce	Průměr OZP v segmentu PL / PLDD	Poskytovatel segmentu PL / PLDD	Odchylka	Péče vyžádaná ostatními PZS	Změna podílu péče Vyžádané ostatními PZS	Výsledná odchylka
Zobrazovací metody	50	40	-0,79%	570	1,00	-0,79%
Vyžádané služby v komplementu	247	220	-2,14%	2 507	1,00	-2,14%
Vyžádané služby v odbornosti fyzioterapeut	26	30	0,32%	385	1,00	0,32%
Vyžádané služby v odbornosti domácí péče	85	100	1,19%	0	1,00	1,19%
Předepsaná léčiva a ZP na poukaz PZT	624	610	-1,11%	187	1,00	-1,11%
Vyžádaná lázeňská péče	216	100	-9,20%	0	1,00	-9,20%
Vyžádaný zdravotní transport	13	0	-1,03%	298	1,00	-1,03%
Dosažená hodnota Pásma						-13%

Průměr OZP v segmentu PL / PLDD = průměrné náklady OZP na přepočteného pojištěnce v dané vrstvě v referenčním období (rok 2017)

Poskytovatel segmentu PL / PLDD = průměrné náklady vlastní vyžádané péče Poskytovatele segmentu PL / PLDD na přepočteného pojištěnce v dané vrstvě v referenčním období (rok 2017)

Odchylka = porovnání průměrných nákladů vlastní vyžádané péče Poskytovatele s průměrnými náklady OZP v dané vrstvě s přihlédnutím k váze každé vrstvy (váha vrstvy zohledňuje výši průměrných nákladů OZP mezi jednotlivými vrstvami).

Péče vyžádaná ostatními PZS = průměrné náklady péče vyžádané ostatními poskytovateli na pojištěnce registrované u daného PL / PLDD

Změna podílu péče vyžádané ostatními PZS = porovnání podílu péče vyžádané ostatními poskytovateli z celkové vyžádané péče na registrované pojištěnce Poskytovatele v předchozích letech (porovnání zatím není uplatňováno a platí index 1,00)

Výsledná odchylka = Odchylka x Změna podílu vyžádané péče ostatními poskytovateli

Dosažená hodnota Pásma = součet výsledných odchylek v jednotlivých vrstvách (zaokrouhlo na celé číslo)

Pásma		Sazba	
od	do	PL	PLDD
-90% a méně		14,- Kč	14,- Kč
-80%	-89%	10,- Kč	11,- Kč
-70%	-79%	7,- Kč	9,- Kč
-60%	-69%	5,- Kč	7,- Kč
-50%	-59%	4,- Kč	5,- Kč
-40%	-49%	3,- Kč	3,- Kč
-25%	-39%	2,- Kč	2,- Kč
-10%	-24%	1,- Kč	1,- Kč
-9% a více		0,- Kč	0,- Kč

Pokud dosažená hodnota Pásma u Poskytovatele dosahuje rozmezí hodnot uvedených v tabulce, je mu v rámci Hodnocení nákladovosti navýšena základní kapitační sazba podle sazby uvedené ve sloupci Sazba. Ve výše uvedeném příkladu bude Poskytovateli v segmentu PL a PLDD navýšena základní kapitační sazba o 1,- Kč.

U Poskytovatele, který v referenčním období nebo jeho části neexistoval, neměl smlouvu se Zdravotní pojišťovnou nebo neposkytoval hrazené služby v odbornosti PL / PLDD použije Zdravotní pojišťovna pro účely Hodnocení nákladovosti průměrné hodnoty dosažené za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

1.2. Prevence – platí pro PL

Za provedení preventivních prohlídek náleží Poskytovateli **příplatek 2,50 Kč / 1 přepočteného pojištěnce / kalendářní měsíc**, pokud Poskytovatel provedl v roce 2017 preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle Seznamu zdravotních výkonů alespoň u 30 % svých registrovaných pojištěnců.

1.3. Racionální antibiotická terapie – platí pro PLDD

Za racionální antibiotickou terapií náleží Poskytovateli **příplatek 2,- Kč/ 1 přepočteného pojištěnce/kalendářní měsíc** za podmínky, že Poskytovatel předepsal v roce 2017 z celkového předepsaného objemu antibiotik 2/3 antibiotik ze skupiny penicilínů nebo aminopenicilínů, tj. z ATC skupiny J01CA a J01CE (do této skupiny se nepočítají potencionované aminopenicilíny) anebo potencionovaných aminopenicilínů,

1.4. Proočkovanost dětské populace – platí pro PLDD

Za proočkovanost dětské populace náleží Poskytovateli **příplatek 1,- Kč/1 přepočteného pojištěnce/ kalendářní měsíc**, pokud Poskytovatel zabezpečil v roce 2017 proočkovanost 90 % registrovaných pojištěnců OZP a při očkování dodržoval platnou Metodiku pro provádění pravidelného očkování.

2. Bonifikace vyplácené Poskytovateli po skončení celého hodnoceného období v rámci finančního vyrovnání roku 2019

2.1. Školící pracoviště – platí pro PL a PLDD

Poskytovateli náleží bonifikace **6,- Kč pro PL a 10,- Kč pro PLDD za registrovaného pojištěnce / kalendářní měsíc a pracoviště**, ve kterém školení probíhalo (tj. bonifikace je vázána na příslušné IČP) a nezbytnou podmínkou přiznání bonifikace je akreditace pracoviště. Bonifikace bude přiznána pouze za měsíce roku 2019, kdy školení probíhalo.

2.2. Bonifikace za zajištění návštěvních služeb u pacienta

Bonifikace bude vyplácena v příslušné výši za každý Poskytovatelem v roce 2019 vykázaný a ze strany OZP uznaný výkon:

01150 – návštěva lékaře u pacienta **ve výši 30,- Kč**

01160 – návštěva lékaře v době mezi 19 – 22 hodin **ve výši 50,- Kč**

01170 – návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22 – 06 hodin **ve výši 100,- Kč**

01180 – návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo pracovního klidu **ve výši 100,- Kč**

2.3. Odmítnutí povinného očkování – platí pro PLDD

Bonifikace bude vyplácena ve výši **50,- Kč** za každý vykázaný výkon **92222** (vnitřní kód OZP) - edukace zákonných zástupců dítěte v případě odmítnutí povinného očkování s rizikem šíření onemocnění. Odmítnutí musí být zapsáno ve zdravotnické dokumentaci s podpisem zákonného zástupce. Výkon může být vykázan pouze jedenkrát za rok na jednoho pojištěnce.

2.4. Screening kolorektálního karcinomu – platí pro PL

Za provádění screeningu kolorektálního karcinomu náleží Poskytovateli **příplatek 1,- Kč / 1 přepočteného pojištěnce / kalendářní měsíc**, pokud Poskytovatel v roce 2019 vyhodnotí 15 % a více testů na okultní krvácení u pacientů – pojištěnců OZP při dosažení věku 50 let a více u svých registrovaných pojištěnců OZP, do vyhodnocení se zahrne každý pojištěnec OZP, který v daném roce dosáhl věku 50 let a více a byly na něj vykázaný výkony 15118, 15119 a 15120 nebo 15118, 15119 a 15121 bez ohledu na pořadí