VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

Dodatek č. 52
ke Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb

č. 7S22B064 ze dne 21.12.2007 (dále jen „Smlouva“)
(Program kvality péče AKORD pro všeobecné praktické lékaře)

uzavřené mezi smluvními stranami:

Poskytovatel zdravotních služeb:	**EUC Klinika Kladno s.r.o.**
Sídlo (obec):	Kladno
Ulice, č.p., PSČ:	Huťská 211, 272 80
Zápis v obchodním rejstříku: • Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 19040, dne 31.3.1993 • ~~nezapisuje se~~	
Zastoupený (jméno, funkce):	MUDr. Tomáš Pospíšil, ředitel
IČ:	47539771
IČZ:	22764000

(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. m. Prahu a Středočeský kraj	
Zastoupená (jméno a funkce):	Ing. Miroslava Hrdá, Vedoucí referátu lůžkových poskytovatelů a poliklinik Regionální pobočky 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.

1. 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.
2. 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. 51 ke Smlouvě č. 7S22B064 ze dne 21.12.2007 *(standardní úhradový dodatek*), bude v období vyplývajícím z článku VIII. odst. 3 navýšena způsobem dále uvedeným v tomto Dodatku.
3. Smluvní strany prohlašují, že tato dohoda upravuje způsob a výši úhrady jiným způsobem, než jak pro výše uvedené období stanoví vyhláška č. 428/2020 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021 (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, 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 efektivity 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 a v případě změny způsobu vedení zdravotnické dokumentace sdělit 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 dokladů 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 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. Pokud Poskytovatel vede zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě s uznávaným elektronickým podpisem, pak je povinen splňovat následující podmínky:
    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 uznávaným 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 uznávaný 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 prvého 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 navyšuje:
   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 navyšuje o částku ve **výši 2,- 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, kdy tento Dodatek upravuje práva a povinnosti stran dle článku VII. odst. 3 (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 dobré praxe uvedených v Příloze č. 1 tohoto Dodatku.

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 částka bude Poskytovateli vyplacena vždy do 120 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí.

3. Jestliže Poskytovatel k 31. 12. 2021 splní podmínky uvedené v odst. 1 písm. a) a 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 kterou Poskytovateli vznikl nárok podle tohoto Dodatku, a bonifikací vyplacenou dle odst. 2 tohoto článku, která se vypočte takto:

Celková roční bonifikace = 0,13 * BDP * ZKS * PJP

Kde:
- BDP je index bonifikace dobré praxe, nabývající hodnoty 0 až 1 dle splnění jednotlivých ukazatelů stanovených v Metodice výpočtu čtvrtletních a ročních bonifikací,
- ZKS je základní kapitační sazba sjednaná ve standardním úhradovém dodatku,
- PJP je součet počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2021.

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. 2021 je Poskytovateli stanoven limit započitatelné péče na jednoho přepočteného pojištěnce ve výši 12287,85 Kč.

   Pro 1. čtvrtletí 2021 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 3077,68 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

   Pro 2. čtvrtletí 2021 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 3080,49 Kč na jednoho přepočteného pojištěnce.

   Pro 3. čtvrtletí 2021 je k poslednímu dni tohoto čtvrtletí stanoven limit započitatelné péče ve výši 2728,62 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 s výjimkou úhrady za výkony č. 82301 nebo 82302 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 ošetřovací 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 2021, nejpozději však do 31. 7. 2021, 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. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku do 31. 3. 2021, platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021. Dojde-li k akceptaci tohoto Dodatku mezi 1. 4. 2021 a 31. 7. 2021 platí, že tento Dodatek upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1. 7. 2021 do 31. 12. 2021. Za akceptaci považují smluvní strany doručení tohoto Dodatku opatřeného podpisem osoby oprávněné za Poskytovatele podepisovat v jedné z výše uvedených lhůt Pojišťovně. Neakceptuje-li v jedné z výše uvedených lhůt Poskytovatel návrh tohoto Dodatku, nabídka Pojišťovny zaniká.
4. Tento Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
5. Příloha č. 1 k tomuto Dodatku je nedílnou součástí tohoto Dodatku a Poskytovatel svým níže připojeným podpisem s jejím obsahem souhlasí.
6. Smluvní strany svým podpisem stvrzují, že tento Dodatek Smlouvy byl uzavřen podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jeho obsahem.

Příloha č. 1 k Dodatku č. 52

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 2021 může dosáhnout maximálně **13 % z částky**, která se vypočte jako součin základní kapitační sazby, počtu přepočtených pojištěnců v jednotlivých měsících roku 2021 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 2021.

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 a proti onemocnění COVID-19	44 % a více	0,30
	Méně než 44 %	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	0,15
	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. 2021, s vyloučením pojištěnců, u kterých byl od roku 2009 proveden výkon kolonoskopie nebo výkon vyšetření kolorektálního karcinomu gynekologem provedený v letech 2019 a 2020). V případě zapojení Poskytovatele až v průběhu roku 2021 (tj. k 1. 7. 2021) jsou parametry pro vyhodnocení počtu vyšetření kolorektálního karcinomu úměrně sníženy, a to na hodnotu 10 %,
- počet očkování proti chřipce a proti onemocnění COVID-19 – v procentech vyjádřený poměr počtu provedených výkonů očkování proti sezónní chřipce (vykázaných Poskytovatelem výkonem č. 02125 podle seznamu výkonů) nebo proti onemocnění COVID-19 (vykázaných Poskytovatelem výkony VZP č. 99930, 99931, 99932, 99933, 99934, případně dalších výkonů zavedených Pojišťovnou pro tyto účely) k celkovému počtu registrovaných pojištěnců u Poskytovatele (stav k 31. 12. 2021),
- 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. 2021 (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 2021, a zároveň, pokud poskytovatel dosáhne alespoň 50 % 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 2021 větší minimálně o 0,50 % oproti roku 2020, 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 2021 větší minimálně o 0,25 % oproti roku 2020.

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:

Celková roční bonifikace = 0,13 * BDP * ZKS * 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 2021.

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 2021 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 2021 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 2021 rozumí 1. čtvrtletí 2019 až 4. čtvrtletí 2019. 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 2021, jsou za referenční období považována příslušná čtvrtletí v závislosti na datu vstupu do programu.

Za Poskytovatele

Za Pojišťovnu