**STRATEGICKÝ RÁMEC VYJEDNÁVANIA so ZDRAVOTNÝMI POISŤOVŇAMI**

o podmienkach financovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti z verejných zdrojov

**2019**

**1. požiadavka na rozširovanie kompetencií VLD** (spoločná správa Svetovej Banky a IZP MZSR 2018) musí byť zabezpečená zodpovedajúcim úhradovým mechanizmom, podporujúcim najmä vykonateľnosť kompetencií, teda finančné krytie nákladov súvisiacich najmä s personálnym zabezpečením ambulancií VLD, včítane doplnenia a obnovy personálnych kapacít lekárov a sestier.

**2. z hľadiska všeobecnej akceptácie úhradového mechanizmu**, sa javí ako najvhodnejšie riešenie zakotvenie v zákone – podobne ako v prípade APS, ZZS a urgentných príjmov, s odvolaním na osobitné postavenie poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ako povinných uzatvoriť zmluvu o poskytovaní ZS so ZP.

**3.** Úprava úhradového mechanizmu pre ambulancie VLD formou zákonnej normy je žiaduca aj z hľadiska požiadavky na zjednotenie nateraz rôznych úhradových mechanizmov, presadzovaných jednotlivými poisťovňami. Zjednotenie pravidiel úhrad za poskytovanú ZS zjednoduší **kontrolu a riadenie objemu, ako aj kvality poskytovanej ZS** a zabezpečí súlad s požiadavkami ŠDTP.

**4. Zjednotený úhradový mechanizmus musí byť prehľadný** a jednoduchý s uplatnením princípu kapitačno – výkonového financovania ambulancií VLD. Znamená použiť čo najmenší počet parametrov určujúcich spôsob výpočtu paušálnej úhrady s vylúčením podmieňujúceho vplyvu vonkajších faktorov na jej výpočet a určenie adekvátneho rozsahu zoznamu výkonov uhrádzaných nad rámec paušálnej úhrady, a to čo do počtu výkonov, ako aj ich obsahu.

**5. Do zoznamu výkonov** navrhujeme prevziať vybrané výkony zo súčasného zoznamov výkonov jednotlivých zdravotných poisťovní a v potrebnom rozsahu primerane upraviť formulácie obsahu výkonov po odstránení sporných formulácií a zjednotení označenia výkonov.

**6.** Pri údržbe a obnovovaní úhradového mechanizmu ustanoveného zákonnou normou a stanovovaní minimálnych jednotkových cien **musí byť zákonom zabezpečená účasť VLD.**

**7. Kapitačno – výkonový princíp** pri výpočte paušálnej úhrady (kapitačnej platby) navrhujeme uplatniť formou nasledujúcich premenných (parametrov K-V platby):

* **1/** výkon preventívnych prehliadok (% z celkového počtu kapitovaných)
* **2/** starostlivosť o chronické ochorenia (% výkonov z celkového počtu výkonov)
* **3/** počet kapitovaných pacientov na ambulanciu (systémová efektivita ambulancie)
* **4/** ordinačné hodiny – malus za menej ako 35h
* **5/ bonus za integráciu amulancie VLD:**
* 5.1/ 2,0 a viac sestier na ambulanciu VLD
* 5.2/ 2,0 a viac lekárov na ambulanciu VLD
* **6/** starostlivosť o DSS
* **7/** starostlivosť v oblastiach so zníženou dostupnosťou
* **8/** starostlivosť o margianalizované komunity

Pričom:

* body 1.-4.sú bonifikáciou za výkon vo väzbe na celkovú základnú kapitačnú platbu (suma za všetky vekové kategórie)
* body 5.-8.sú bonifikáciou vo väzbe na počet kapitantov a status kapitantov.

**7.1**. **výkon preventívnych prehliadok = preventívna výkonnosť**

**ALTERNATÍVA I.**

Navrhujeme ako pomer vykonaných preventívnych prehliadok (pp.) a celkového počtu kapitovaných pacientov, pričom sa dosiahnutý výsledok porovnáva s optimálnym výsledkom.

**Optimálny výsledok =50 pp./mesiac** sa odvodzuje **od arbitrárne stanoveného optimálneho počtu pacientov na 1LM VLD (1500)** a arbitrárne stanoveného optimálneho výkonu preventívnych prehliadok **(0,8).**

Výpočet: 1500 x 0,8 / 2 roky /12 mesiacov = 50pp. (2 roky stanovená periodicita pp.)

Za optimálny výsledok na hodnotenej ambulancii sa považuje taký počet vykonaných preventívnych prehliadok, ktorý zodpovedá **prepočítanému optimálnemu výkonu** určenému ako **pomer optimálneho výsledku 50pp./mesiac. a reálneho priemerného** počtu kapitovaných pacientov na 1 amb.VLD v danom kalendárnom roku v SR.

Výpočet: (50pp x 12 mes.) / (1900pac./2 roky) = 0,63 (príklad: reálny priemer pac./1LM VLD 1900)

Uvedený spôsob určenia výkonnosti v prevencii zohľadňuje verejný záujem o konkrétny a čo najvyšší objem preventívnych výkonov pri známom počte čakateľov na preventívnu prehliadku (celkový počet dospelých pacientov), ale zohľadňuje aj neprimeraný tlak na dostupnosť pp.v závislosti na veľkosti priemernej ambulancie VLD (počtu kapitantov) z pohľadu poskytovateľa prepočítavaním optimálneho výkonu.



Stanovením optimálneho (prepočítaného) výkonu sa zároveň vytvára priestor na bonifikáciu nadpriemerne výkonných poskytovateľov, ako aj na malifikáciu podpriemerne výkonných poskytovateľov, a to v arbitrárne ustanovených **10 úrovniach** bonusu, resp. malusu, ktoré rozdeľujú pevne stanovený **optimálny výsledok prevencie = 50pp. na 10 úrovní po 5pp.** (bonusu , resp. malusu). Každá z úrovní bonusu, resp. malusu zodpovedá 1% bodu základnej kapitačnej platby (viz. tabuľka hore).

**7.1**. **výkon preventívnych prehliadok = preventívna výkonnosť**

**ALTERNATÍVA II.**

**Platba za prevencie.**

Nárast cien zazmluvnených preventivných výkonov o 8-12 %.

V súvislosti s naviazaním počtu vykonaných prevencii na výšku kapitácie v práve stanovenom pomere **Kapitácia vs. Prevencie**.

**Miera prepojenia preventivných výkonov na kapitáciu 15%.**

To prepojenie sa pijaví nasledovne:

1. Na základe priemerných ukazovateľov v predošlom období sa dohodne

**„Referenčná preventívnosť“** a to tak, aby sa dosiahla všetkými zmluvnými stranami (štát, poskytovatelia, poisťovňa) akceptovateľná preventívnosť.

1. Na základe tejto dohody sa podľa stanoveného základného pomeru 70% kapitácievs. 15% preventívnosť dohodne odstupňované navýšenie/zníženie kapitácie v závislosti od realizovaných prevencií.
2. Dohodne sa „ Referenčná preventívnosť“ na úrovni 50% prevencií za preventívne obdobie. T.j. Pri priemernej ambulancii (1800 pacientov) je

**„ Referenčná preventívnosť“**:

1800/2(roky)x 0,50(%) /12 ( mesiacov)= 37,5 prevencii mesačne

Pri dosiahnutí tohto počtu prevencií je vplyv prevencií na kapitáciu 0.

Pri vyššom výkone prevencií rastie kapitácia, pri nižšom počte kapitácia klesá.

1. Hranica „Referenčnej preventívnosti“ pri dohodnutej výške kapitačnej platby a platbách za vykonané prevencie má byť neutrálna. Celkové nastavenie však zachováva minimálny pomer - 70% platby za kapitáciu pri vykonaní dohodnutého počtu prevencií. T.j. pri vykonaní dohodnutého referenčného počtu prevencií , výška kapitačnej platby na priemernú ambulanciu netvorí podiel menší ako 70% celkových platieb na ambulanciu. Súčasne pri vykonaní referenčného počtu preventívnych výkonov percento platieb za preventívne výkony nepresiahne 15 % celkových platieb.

Príklad:

|  |  |
| --- | --- |
| 37-38 prevencií | Rast/Pokles kapitácie 0%. |
| 38-45 prevencií | Rast ku kapitácii 1% (+76e) |
| 46-50 prevencií | Rast ku kapitácii 2% (+152e) |
| 51-55 prevencií | Rast ku kapitácii 3% (+228e) |
| 56-60 prevencií | Rast ku kapitácii 4% (+304e) |
| 61-65 prevencií | Rast ku kapitácii 5% (+380e) |
| 66-70 prevencií | Rast ku kapitácii 6% (+456e) |
| 71-75 prevencií | Rast ku kapitácii 7% (+532e) |
| 76 a viac prevencií | Rast ku kapitácii 7,5% (+570e) |
| 37-35 prevencií | Pokles z kapitácie 1%. (-76e) |
| 34-30 prevencií | Pokles z kapitácie 2% (-152e) |
| 29-25 prevencií | Pokles z kapitácie 3% (-228e) |
| 24-20 prevencií | Pokles z kapitácie 4% (-304e) |
| 19-15 prevencií | Pokles z kapitácie 5% (-380e) |
| 14-10 prevencií | Pokles z kapitácie 6% (-456e) |
| 9-5 prevencií | Pokles z kapitácie 7% (-532e) |
| 4 a menej prevencií | Pokles z kapitácie 7,5% (-570e) |

1. Ako to vyzerá v číslach.

**Kapitačná platba za priemernú ambulanciu.**

Priemerná kapitácia za 1 poistenca podľa vyššie nastavených parametroch dľa veku:

1818 x 4,18 (priemerná kapitačná platba) = 7600 eur ,

pri 1600 kapitovaných x 4,18 = 6688

Realizácia 38 preventívnych výkonov pri priemernej platbe 30 eur za kompletný preventívny výkon.

Výpočet priemernej kapitácie: (aká by mala byť výška priemernej kapitácie?)

38 x 30 = 1140 eur t.j. 1140(15% platieb) /z toho plynie 7600 eur je priemerná platba za kapitáciu priemerného počtu pacientov z toho plynie priemerná kapitácia na poistenca 7600/1818 = 4,18 eur.

**7.2. starostlivosť o chronické ochorenia = dispenzárna výkonnosť ambulancie**

**ALTERNATÍVA I.**

Navrhujeme ako bonifikačný parameter K-V platby zohľadňujúci výkonnosť poskytovateľa v starostlivosti o chronických pacientov striktne v súlade s požiadavkami ŠTDP pre príslušné chronické ochorenia.

* **výkon ambulancie** sa určí ako pomer sumy výkonov 10 („veľkých“ výkonov starostlivosti o chronické ochorenia) k počtu kapitovaných pacientov
* bonusy sa určia podobne ako v prípade parametra výkonu pp, pričom:
* 7.2.1. ako neutrálna hladina sa určí priemerná hodnota výkonnosti všetkých ambulancií VLD zistená v predošlom roku
* 7.2.2 jednotlivé hladiny odchýlky od optima sa určia pomerným rozdelením rozptylu neutrálnej hladiny (výkonového optima) a výkonu ambulancie na 90. percentile maximálneho výkonu, a to na 5 výkonnostných pásiem, každé bonifikované 1,0% z celkovej kapitačnej platby
* **7.2.3. malifikácia sa v prípade dispenzárnej výkonnosti neuplatňuje** vzhľadom na skutočnosť, že takto stanovený parameter výkonnosti je relatívny („plávajúca“ neutrálna hladina) a v súlade s požiadavkou na kvalitu poskytovanej ZS (podľa ŠTDP) nie je žiaduce poskytovateľa ZS sankcionovať za neplnenie kvantity stanovenej relatívnym spôsobom
* 7.2.4 pre dôvody podľa bodu 7.2.4 navrhujeme len 5 výkonnostných pásiem s celkovou maximálnou výškou bonusu na úrovni polovice v porovnaní s parametrom preventívnej výkonnosti
* **spôsob výpočtu:**



**7.2. starostlivosť o chronické ochorenia = dispenzárna výkonnosť ambulancie**

**ALTERNATÍVA II.**

**Platba za výkony.**

Podobný mechanizmus previazanosti na kapitáciu má i platba za zazmluvnené výkony.

1. Zmluvnými stranami (štát, poskytovatelia, poisťovne ) sa podobným spôsobom dohodne **„Priemerná výkonovosť“**.
2. Koeficient previazanosti priemernej výkonnosti na celkové platby je 15 %.
3. Dohodne sa referenčný počet zazmluvnených výkonov na priemernú ambulanciu.
4. Ďalšie podmienky/ parametre sú podobné preventívným výkonom.

Previazanie s kapitálou podľa výkonovej kapitoly by mohlo vyzerať takto:

|  |  |
| --- | --- |
| 20 zazmluvnených výkonov | Rast/Pokles kapitácie 0%. |
| 19-17 zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 1,5% (-114e) |
| 16-15 zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 3% (-228e) |
| 14-13 zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 4,5% (-342e) |
| 12-11 zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 6% (-456e) |
| 10 a menej zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 7,5 % (-570e) |
| 21-22 zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 1,5 % (+114e) |
| 23-24 zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 3 % (+228e) |
| 25-26 zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 4,5% (+342e) |
| 27-28 zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 6% (+456e) |
| 29 a viac zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 7,5% (+570e) |

**7.3. systémová efektivita ambulancie** **= počet kapitovaných pacientov na ambulancii**

**ALTERNATÍVA I.**

**Bonifikáciou za výkon** považujeme za potrebné zohľadniť vo väzbe na celkovú základnú kapitačnú platbu (suma za všetky vekové kategórie) **aj počet kapitovaných pacientov** na jednotlivej ambulancii VLD. **Za výkon v tomto prípade považujeme vyťaženosť ambulancie** z hľadiska celkového dopytu po poskytnutí bežnej liečebnej starostlivosti, ako aj preventívnej starostlivosti a starostlivosti o chronické ochorenia.

V prípade malých ambulancií parameter **systémovej efektivity** nezvyšuje významne náklady ZP. V prípade (extrémne) veľkých ambulancií môže mať na náklady ZP neutrálny vplyv za predpokladu, že veľké ambulanciue budú zlyhávať vo výkone prevencií a starostlivosti o chronické ochorenia.

Z pohľadu poskytovateľa ZS bude tento parameter čiastočne sanovať straty veľkých ambulancií v súvislosti so zlyhaním výkonu na preventívnych prehliadkach a v starostlivosti o chronické ochorenia.

Príklad: **priemerná ambulancia:** **1.500 pacientov:**

**Určený interval:** min.1pac. /max. **∞** pac. →

**100pac. / +0,2% bod.**

**100pac. / -0,2%bod**

**1500**

**3000**

**4500**

**1x3** x (-0,002x15 + 1)

= 3 x 0,970 = **2,91**

1.127x3 x (-0,002x4 + 1)

= 3.381x0,992 = 3.354

6.200x3x(0,002x47 +1)

= 18.600 x 1,094

= 20.348 EUR

2.287x3 x (0,002x8 +1)

= 6.861 x 1,016 = 6.971

Z hľadiska transparentnosti navrhujeme arbitrárne stanoviť ako neutrálnu hladinu **1500** kapitovaných pacientov, pričom na každých začatých **100 pac.** počínajúc počtom pacientov 1.501 sa bude vzťahovať **arbitrárne stanovený násobok 0,2%** základnej kapitácie, vypočítaný ako súčin čisla 0,002 a rozdielu skutočného kapitačného stavu a čísla 1500 vydeleného číslom 100, pričom rozdiel skutočného kapitačného stavu a čísla 1500 sa pred delením číslom 100 zaokrúhli nadol na celé násobky čísla 100.



**7.3. systémová efektivita ambulancie** **= počet kapitovaných pacientov na ambulancii**

**ALTERNATÍVA II.**

* **Koncept financovania:**

**CP = Kapitácia + Prevencia + Výkony + Bonusy**

**CP – celková platba na ambulanciu**

V súvislosti s riešením financovania považujeme **za absolútne kľúčové zachovanie pomeru:**

Kapitácia vs. (prevencia + výkony + bonusy) **– 70% kapitácia vs. 30% výkony**

* Minimálne 70% v prospech kapitácie.

**Navrhujeme navzájom logicky prepojiť výšku „kapitačnej“ a „výkonovej“ zložky.**

Spôsobprepojenia/mechanizmus platieb za poskytnutú ZS.

* **zavádzame nový kľúčový pojem „ priemerná ambulancia“**

**PRIEMERNÁ AMBULANCIA:**

* vznikla výpočtom podľa vzorca

**Priemerná amb.= Celkový počet kapitovaných (v roku/mesiaci) u VLD v SR/ počet 1,0 zazmluvnených úväzkov (nie z počtu ambulancii/bodov ale 1,0 úväzkov). Poisťovne počtom u nich zazmluvnených disponujú k 30.9. v roku. Prepočet na počet úväzkov (zásadnenie na počet ambulancií.**

Príklad: 4 000 000 kapitovaných u VLD/ 2200 1,0 uväzkov\* = 1818 pac. na 1,0 lekárskemiesto VLD

* Navrhujeme stanoviť nových hladín kapitácie podľa veku pacienta s celkovým priemerným navýšením na základné hladiny o 30-40 % event. o 0,9-1,2 eura oproti aktuálnej základnej kapitácii. 30-40% percent z dôvodu systémového zrušenia „dodatkovej kapitácie“. Tabuľku základnej kapitácie aktuálne navrhujeme v rozmedzí

19.r. – X,Y eura - 72 r. a viac – A,B eura

Z dôvodu aktuálnej systémovej efektívnosti sakapitáciakráti/rastienásledovne:

|  |  |
| --- | --- |
| 1700-1900 pacientov (PA) | 100 % základnejkapitácie |
| 1699-1600 pacientov | 99,75% základnejkapitácie (-19e) |
| 1599-1500 pacientov | 99,5% základnejkapitácie (-38e) |
| 1499-1400 pacientov | 99,25% základnejkapitácie (-57e) |
| 1399-1300 pacientov | 99,0% základnejkapitácie (-76e) |
| 1299-1200 pacientov | 98,75% základnejkapitácie (-95e) |
| 1199-1100 pacientov | 98,5% základnejkapitácie (-114e) |
| 1099 a menej | 98,25% základnejkapitácie (-133e) |

Naopak rastie:

|  |  |
| --- | --- |
| 1901-2000 pacientov | 100,25% základnejkapitácie (+19e) |
| 2001-2100 pacientov | 100,50% základnejkapitácie(+38e) |
| 2101-2200 pacientov | 100,75% základnejkapitácie(+57e) |
| 2201-2300 pacientov | 101,0% základnejkapitácie (+76e) |
| 2301-2400 pacientov | 101,25% základnejkapitácie(+95e) |
| 2401-2500 pacientov | 101,5% základnejkapitácie(+114e) |
| 2501 a viacpacientov | 101,75%základnej kapitácie(+133e) |

**7.4. malus za krátenie zákonom stanoveného času ordinačných hodín**

Malus za krátenie zákonom stanoveného času ordinačných hodín považujeme za potrebný korekčný parameter K-V platby dovtedy, kým bude v platnosti ustanovenie **§79, ods.1 písm. aj) zákona 578/2004 z.z.** „ak samosprávny kraj neschválil poskytovateľovi, ktorý poskytuje všeobecnú zdravotnú starostlivosť ordinačné hodiny v menšom rozsahu“.

**Výšku malusu (záporného bonusu)** navrhujeme stanoviť v závislosti na určení ceny základnej kapitácie, a to **ako záporný 0,25-násobok** výšky základnej kapitácie (napr. -0,75 EUR pri základnej kapitácii 3,-EUR).

**7.5 bonus za integráciu ambulancie VLD**

Bonus za integráciu amulancie VLDnavrhujeme ako bonifikáciou vo väzbe na počet kapitantov u poskytovateľa, ktorý organizuje poskytovanie ZS na ambulancii efektívnejšie s využitím viacerých lekárskych a sesterských pracovných úväzkov integrovaných na priestorovo (interiérovo) primerane adaptovanej ambulancii.

**Vyššia efektivita integrovanej** ambulancie má byť preukázateľná vyšším objemom realizovaných výkonov,  lepšou dostupnosťou ZS meranou dobou čakania na vyšetrenie a systémovou efektivitou ambulancie meranou počtom kapitovaných pacientov. Z hľadiska poskytovateľa pôsobia všetky uvedené premenné (objem výkonov, dostupnosť, vyšší počet kapitovaných pacientov) synergicky s bonusom za integráciu na zvyšovanie celkových príjmov z úhrad zdravotných poisťovní za poskytovanú ZS.

**Z hľadiska verejného záujmu** sa integrácia pracovných úväzkov zdravotníckych pracovníkov pod organizačnú pôsobnosť jednotlivého poskytovateľa všeobecnej ambulantnej ZS prejaví stabilizačne na plynulosť poskytovania ZS a poskytovateľovi umožňuje lepšie krátkodobé, strednodobé aj dlhodobé plánovanie personálnych kapacít aj s presahom na generačnú výmenu personálu a kontinuálne vzdelávanie.



Výška bonusu sa určí arbitrárne, napríklad ako % z priemernej mzdy v NH dosiahnutej v predošlom roku.

* **NAVRHUJEME:**
* **7.5.1/** **0,20 EUR** k základnej kapitácii **pri plnení požiadavky 2,0 a viac sestier** na ambulanciu VLD
* celková výška nárokovateľnej bonusovej platby sa vypočíta ako násobok bonusu rovnajúci sa počtu kapitantov, pričom ako súčiniteľ sa použije počet kapitovaných pacientov so zohľadnením intervalu kapitovaných pacientov príslušného pre konkrétny arbitrárne stanovený počet sestier: od 1.500 až po 3.000 pre 2,0 pracovné úväzky sestry, od 2.000 do 4.500 pre 3,0 sestry, od 3.000 do 6.000 pre 4,0 sestry...
* **7.5.2/** **0,50 EUR** k základnej kapitácii **pri plnení požiadavky 2,0 a viac LM** na ambulancii VLD, a súčasne požiadavky na najmenej rovnaký počet sestier, vypočítaný ako:
* násobok bonusu, pričom ako súčiniteľ sa vo výpočte použije počet kapitantov, a to od súčiniteľa 2.000 až po súčiniteľ 4.000
* **od súčiniteľa 4.001** sa výška bonusu mení na **0,65 EUR** a vypočítaná suma bonusu za integráciu je ohraničená sumou rovnajúcou sa CCP lekára podľa §80a zák.578/2004 z.z.

V súvislosti so zavedením bonusu za integráciu ambulancie VLD, ako súčasti úhradového mechanizmu **súčasne navrhujeme:**

* zrušenie bísm.b) ods.13, §39b zákona 578/2004 z.z., pričom súčasný ods.c) sa označí ako b) a súčasný ods.d) sa označí ako c)
* zrušenie ods.21) §39b zákona 578/2004 z.z., pričom súčasný ods.22 sa označí ako 21 a jeho textácia sa upraví spôsobom zodpovedajúcim navrhovaným zmenám

**POZN:**

**Bonus za integráciu, v kontexte následne uvedených bonusov za starostlivosť v DSS, za dostupnosť, ako aj za starostlivosť o margianlizované skupiny vnímame spolu s ďalšími navrhovanými zmenami financovania ambulancií VLD uvedenými v bodoch 7.1.až 7.4 ako opatrenia vedúce ku koncepčnému financovaniu odboru VL** zamerané na:

1/ vyriešenie personálnych kapacít v odbore,

2/ personálnu obnovu (generačnú výmenu),

3/ vzdelávanie v odbore

4/ stabilizáciu ekonomických vzťahov medzi konečnými užívateľmi výhod, poskytovateľmi ZS (ambulanciamii VLD) a lekármi, ktorí reálne vykonávajú lekársku prax všeobecného lekára pre dospelých

Uvedené 4 body sú (okrem samotných kvalitných ŠDTP) kľúčové výzvy, ktorým v súvislosti s požiadavkou na rozšírenie kompetencií VLD dnes čelíme a môžme byť ako súkromní VLD úspešní, alebo sa definitívne rozlúčiť so súkromnými praxami.

**7.6. starostlivosť o pacientov v DSS** považujeme za potrebné zabezpečiť bonusom vo väzbe na celkový počet kapitantov danej ambulancie VLD, podobne ako v bode 7.5., vzhľadom na skutočnosť, že pravidelné návštevy a/alebo ordinácia lekára/sestry v DSS sú/je otázkou organizácie práce na ambulancii ako celku a nie predmetom sporadických vyžiadaných návštev pacienta.

* **NAVRHUJEME:**
* **7.6.1. príplatok 0,15 EUR** k základej kapitácii násobený počtom kapitovaných pacientov pri splnení požiadavky na minimálny počet 10 kapitovaných pacientov s trvalým/prechodným pobytom v DSS a súčasne pravidelnou návštevnou službou v DSS najmenej 1 x do týždňa
* **7.6.2.** obe skutočnosti (pobyt kapitanta v DSS a pravidelná návštevná služba/ordinácia lekára) dokladuje ambulancia VLD v zdravotnej poisťovni potvrdením prevádzkovateľa DSS (poskytovateľa sociálnej služby) vystaveným na tento účel
* **7.6.3.** povinnosť uhrádzať alikvotnú časť bonusu podľa počtu poisťovni príslušných kapitantov kapitovaných na danej ambulancii VLD má každá poisťovňa bez ohľadu na skutočnosť, či v danom DSS je, alebo nie je umiestnený jej príslušný poistenec
* **7.6.4.** v prípade, že ambulancia VLD zabezpečuje ZS podľa bodu 7.6.1. vo viac ako 1 DSS, koriguje sa výška príplatku násobkom koeficientu podľa počtu DSS, ktoré ambulancia zabezpečuje:
* **koeficient pre 2 DSS : 1,5**
* **koeficient pre 3 a viac DSS: 2,0**
* pre každú z DSS, v ktorej ambulancia VLD zabezpečuje ZS, platí ustanovenie bodu 7.6.1 o minimálnom počte klientov DSS, o minimálnej návštevnosti/ordinácii ambulancie VLD v DSS a o požiadavke na potvrdenie uvedených skutočností prevádzkovateľom DSS
* **koeficient 1,5 sa použije aj v prípade**, že v jednotlivom DSS ambulancia VLD zabezpečuje starostlivosť o **viac ako 50 kapitovaných** pacientov
* **koeficient 2,0 sa použije aj v prípade**, že v jednotlivom DSS ambulancia VLD zabezpečuje starostlivosť **o viac ako 150 kapitovaných** pacientov
* 7.6.5. koeficienty vzťahujúce sa na počet DSS a na počet kapitovaných pacientov v jednotlivom DSS v starostlivosti ambulancie VLD sa nesčítavajú ani nenásobia. Pre výpočet výšky príplatku sa použije len jeden so spôsobov uplatnenia korekčného koeficientu.

**POZN:**

Navrhujeme, aby sa spôsob výpočtu bonusu platný pre starostlivosť o pacientov v DSS sa použil rovnako v prípade zabezpečovania zdravotnej starostlivosti VLD v ústavoch na výkon väzby v prípade, že ambulancia VLD pôsobívo vzťahu k takému zariadeniu ako externý dodávateľ služby.

**7.7. bonus za dostupnosť** má aspoň čiastočne kompenzovať náklady a/alebo vykrývať straty ambulancie VLD v súvislosti so starostlivosťou o pacientov v oblastiach so zníženou dostupnosťou.

Za oblasti so zníženou dostupnosťou považujeme pre účely tohto parametra hustotu osídlenia jednotlivých regiónov SR podľa oficiálnych štatistických údajov (viz.príloha č.1) vo väzbe na počet ambulancií v danom sídle (obci, meste).

* **NAVRHUJEME:**
* príplatok 0,15 EUR k základej kapitácii násobený počtom kapitovaných pacientov u poskytovateľa na jednotlivej ambulancii VLD, ktorá je jedinou ambulanciou v sídle (obci, meste) v okrese so štatisticky preukázanou podpriemernou hustotou osídlenia v porovnaní s priemerom hustoty osídlenia SR
* Z hľadiska poskytovateľa je zaujímavá možnosť synergického pôsobenia bonusu za dostupnosť s bonusom za integráciu na zvyšovanie celkových príjmov za poskytovanú ZS (objem výkonov, dostupnosť, vyšší počet kapitovaných pacientov)
* bonus za dostupnosť patrí aj ambulancii VLD, ktorá zabezpečuje svoju prevádzku v dvoch (2) a viacerých sídlach (obciach), kde je jedinou ambulanciou v takomto sídle a ordinačné hodiny podľa zákonom stanoveného rozsahu delí medzi jednotlivé sídla (miesta prevádzky ambulancie). V tomto prípade sa bonus uplatňuje bez ohľadu na priemernú hustotu obyvateľstva v danom regióne.

**7.8. bonus sa starostlivosť o margianalizované komunity** koncipujeme v kontexte akčných plánov stratégie SR pre integráciu Rómov v oblasti zdravotnej starostlivosti (viz. príloha č. 2,3,4).

* **NAVRHUJEME:**
* **7.8.1.** Príplatok kzákladnej kapitácii násobený počtom kapitovaných pacientov u poskytovateľa, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých v sídle s viac ako 20% zastúpením rómskeho obyvateľstva podľa Atlasu rómskych komunít na Slovensku, pričom sa výsledná výška príplatku koriguje násobkom koeficientu podľa celkového počtu obyvateľov v danom sídle:
* **0,08 EUR** pre sídla s podielom rómskeho obyvateľstva **20-40%**
* **0,12 EUR** pre sídla s podielom rómskeho obyvateľstva **40-60%**
* **0,16 EUR** pre sídla s podielom rómskeho obyvateľstva **>60%**
* Koeficient pre sídla s celkovým počtom obyvateľstva **200 – 500 obyvateľov: 0,5**
* Koeficient pre sídla s celkovým počtom obyvateľstva **501 – 1500 obyvateľov: 1,0**
* Koeficient pre sídla s celkovým počtom obyvateľstva **> 1501 obyvateľov: 1,5**
* **7.8.2.** bonus sa starostlivosť o margianalizované komunitypatrí aj takému poskytovateľovi, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých vo vzdialenosti **najviac 7km od sídla** (viz.strana 79, odsek 3, riadok 2-3 Atlasu), ktoré spĺňa podmienky nároku na bonus podľa bodu 7.8.1, **ale v danom sídle sa nenachádza ambulancia VLD.**
* 7.8.2.1.v prípade, že sa k sídlu podľa predošlého bodu, v ktorom sa nenachádza ambulancia VLD, vzťahuje **viac ambulancií VLD v okruhu do 7km**, patrí bonus všetkým ambulanciám, ale jeho **vypočítaná hodnota sa kráti o polovicu**.
* 7.8.2.2. v prípade, že sa v okruhu 7km vzťahuje k ambulancii VLD (ambulanciám VLD podľa bodu 7.8.2.1) **viac sídel s podielom rómskeho obyvateľstva** podľa bodu 7.8.1., základom pre výpočet bonusu podľa bodu 7.8.1. je za účelom určenia korekčného koeficientu **súčet celkového počtu obyvateľov** daných sídel a **ako súčiniteľ** násobený počtom kapitovaných pacientov sa použije **priemerná hodnota podielu rómskeho** obyvateľstva daných sídel
* 7.8.2.3. v prípade, že sa sídlo (sídla) podľa bodu 7.8.2 nachádza vo vzdialenosti viac ako 7km od akejkoľvek ambulancie VLD, bonus vypočítaný podľa bodu 7.8.1 a 7.8.2.2 sa vypláca územne najbližšej ambulancii VLD (zohľadní sa dopravná infraštruktúra)

**8. zoznam výkonov ambulancie VLD**

Do zoznamu výkonov navrhujeme v súlade s bodom 5. prevziať vybrané výkony zo súčasného zoznamov výkonov jednotlivých zdravotných poisťovní a v potrebnom rozsahu primerane upraviť formulácie obsahu výkonov po odstránení sporných formulácií a zjednotení označenia výkonov.

Vypracovanie všeobecne akceptovateľného zoznamu výkonov odkazujeme na odborné spoločnosti VLD. Návrh ZVLDSR na zoznam výkonov predložíme najneskôr 03.05.2019 na rokovaní organizácií zastupujúcich VLD pod gesciou hlavnej odborníčky pre VL.

**PRÍLOHY (u autora – ZVLD SR o.z.):**

1/ hustota osídlenia\_NUTS\_metodika\_EUROSTAT.pdf

2/ Aktualizovane akcne plany strategie Slovenskej republiky pre integraciu Romov do roku 2020 na roky 2019-2020.pdf

3/ Atlas\_rom\_kom.pdf

4/ Atlas\_2013\_priloha.xlsx (2,3,4 na <https://www.minv.sk/?atlas_2013> )

5/ zoznam výkonov VLD VšZP

6/ zoznam výkonov VLD Dôvera

7/ zoznam výkonov VLD UNION

8/ Návrh II. Financovanie segmentu VLD

9/ stanovisko ZVLD\_IZP\_WB\_2018