**PREČO POTREBUJEME FINANCOVANIE VLD GARANTOVANÉ ZÁKONOM ?**

Budúcnosť všeobecného lekárstva, ako aj funkčnosť systému zdravotnej starostlivosti na Slovensku je neistá a predvídateľné financovanie je podmienkou pevného základu systému zdravotnej starostlivosti.

nak povedané, žiadna koncepcia nemôže fungovať bez zabezpečenia jej financovania a akékoľvek kompetencie VLD musia byť pre funkčnú štruktúru systému zdravotnej starostlivosti reálne vykonateľné.

V ZVLD SR o.z. pracujeme s faktami. Pre adekvátne uvedenie do problematiky a odôvodnenie navrhovaného riešenia úhradového mechanizmu pre VLD, uvádzame niektoré z relevantných, všeobecne akceptovaných zdrojov informácií:

* OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Slovensko: Zdravotný Profil Krajiny 2017,* State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.http://dx.doi.org/10.1787/9789264285408-sk
* Expanding GP competencies in the Slovak Republic. Policy routes and recommendations, Th World Bank, Washington D.C, June 2018
* Kotrbová K.a kol., Veková štruktúra lekárov na Slovensku, VEEVENT, 2019
* Cernenko et al. (2016), Revízia výdavkov na zdravotníctvo: Záverečná správa http://www.finance.gov.sk/ Default. aspx? CatID=11158
* Holčík J.. Kaňová P., Prudil L., systém péče o zdraví zdravotnictví, Národní centum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických odboru , 2015

**Slovenská republika vynakladá na zdravotníctvo menej ako väčšina ostatných krajín EÚ:**

Zdroj: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Slovensko: Zdravotný Profil Krajiny 2017*

Z porovnania vynakladaných zdrojov na zdravotnú starostlivosť je zrejmé, že pracujeme v „inom“ prostredí, ako je priemer EÚ a rezervy v porovnaní s vyspelejšími krajinami EU existujú. Nemenej významný je fakt, že kardiovaskulárne ochorenia a rakovina zodpovedá za bezmála 3/4 úmrtí. Je možné významne ovplyvniť výsledok starostlivosti o pacienta systémovou zmenou postoja k primárnej starostlivosti?

Slovenská republika má priemerný počet lekárov, ale malý počet sestier:

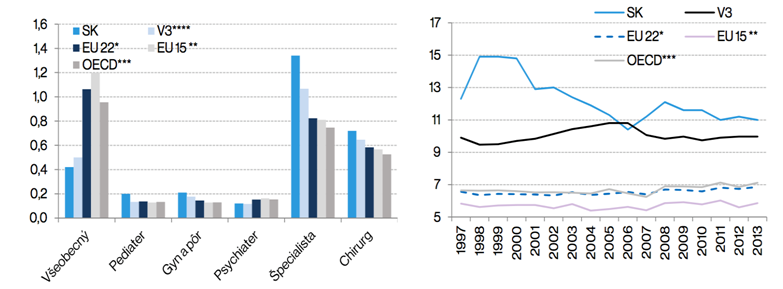
Zdroj: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Slovensko: Zdravotný Profil Krajiny 2017*

Ľudské zdroje sú zjavne a prirodzene obmedzené, sme pod priemerom EÚ a Slovensko bude jednou z krajín EÚ najvýznamnejšie postihnutých demografickou zmenou v súvislosti so skokovým zostarnutím populácie narodenej v 70-tych rokoch minulého storočia. Máme dôvod sa zamyslieť nad systémovými opatreniami v ZS?

Graf 1. Vysoká návštevnosť centrálneho príjmu – dostupnosť VLD?  
Graf 2.Profesijná štruktúra lekárov na 1.000 obyvateľov (2007) a počet návštev u lekára

Zdroj: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Slovensko: Zdravotný Profil Krajiny 2017*

Zdroj: Cernenko et al. (2016), Revízia výdavkov na zdravotníctvo: Záverečná správa http://www.finance.gov.sk/ Default. aspx? CatID=11158



Je vzťah medzi vysokou návštevnosťou lekára pacientom, nedostatkom VLD a prebytkom špecialistov dostatočne presvedčivý? Slovensko na poslednom mieste? Alebo to spolu nesúvisí?

**Miera hospitalizácií podľa veku a pohlavia na 1000 obyvateľov:**

Zdroj: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Slovensko: Zdravotný Profil Krajiny 2017*

**Regionálne rozdiely v ľudských zdrojoch na Slovensku existujú:**

Zdroj: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Slovensko: Zdravotný Profil Krajiny 2017*

Silnejším sektorom primárnej zdravotnej starostlivosti by sa mohlo predísť častým hospitalizáciám. Je naivné sa domnievať, že na Slovensku nie je možné dosiahnuť porovnateľné počty hospitalizácií pri adekvátnych zmenách v organizácii prvého kontaktu a jeho systémového postavenia v zdravotnej starostlivosti. Je redukcia hospitalizácií pre dekompenzovanú hypertenziu v súčte s hospitalizáciami pre srdcové zlyhanie a cukrovku (prípadne CHOCHP) nedosiahnuteľná?!

**POZRIME SA FAKTOGRAFICKY NA AKTUÁLNY STAV NA SLOVENSKU:**

* Viac ako 24.000 lekárov, ale nepriaznivý pomer VLD k ŠAS (regionálne 0,1 – 2,0 VLD/tis.p.)
* Katastrofálny nedostatok sestier
* Katastrofálna veková štruktúra VLD: z cca 2.300 VLD je cca 50% nad 60 rokov a cca 25% nad 65 rokov
* Nedostatočná generačná obnova VLD a malý záujem absolventov medicíny o VL (rezidentský program nerieši ďalšie profesijné uplatnenie)
* Výrazný nepomer lekárov v BA (6,8 /tis.p.) a na zvyšku Slovenska (3,0 /tis.p.) a jeden z najvýraznejších nepomerov v EÚ medzi mestom a vidiekom
* Slabá systémová funkcionalita VLD (kompetencie + kapacita) s vysokým počtom hospitalizácií a ambulantných vyšetrení, vrátane APS
* Zlyhávajúca systémová koordinácia VAS – ŠAS – nemocnica (výmenné lístky na vyžiadanie, predpisovanie receptov špecialistov, delegované odbery, „doriešenie“ pacienta po hospitalizácii, domovy sociálnych služieb)

**MYSLÍME SYSTÉMOVO** – neznamená to, že vymýšľame niečo nové! Všetko potrebné pre zmysluplnú zmenu systému ZS na Slovensku je vymyslené!

**Zdravotníctvo = subsystém starostlivosti o zdravie**

* **Okolie (sub)systému zdravotnej starostlivosti tvorí:**
* **a) verejná správa** (štátne inštitúcie a samosprávy)
* **b) socioekonomické a kultúrne pomery** (spoločenské hodnoty, právo úroveň bývania, hygiena práce, príjem domácností, výchova v rodine a inštitucionálna výchova)
* **SYSTÉM = autoregulácia + spätná väzba**
* **vstupy – procesy – výstupy**
* **Vstupy** = peniaze, čas, personálne kapacity (národná úroveň medicíny)
* **Procesy** = podpora, prevencia, diagnostika, liečba, paliatívna starostlivosť
* **Výstupy** = morbidita, stredná dĺžka života, kvalita života (roky bez choroby)

**PRINCÍPY FINANCOVANIA ZDRAVOTNÍCKYCH SLUŽIEB SÚ ZNÁME:**

* **Plat (salary)** – vedie k šetrnosti a k zníženiu kvality ZS, k poklesu výkonov a znižuje celkové náklady
* **Podľa počtu pacientov (capitation)** – podnecuje záujem o prevenciu a celkový zdravotný stav pacientov
* **Podľa výkonov (fee-for-service)** – obvykle podľa zoznamu výkonov a sadzieb za výkony – vedie k celkovému zvyšovaniu výkonov
* **Podľa prípadu (case payment, DRG)** – prihliada na stanovenú diagnózu a stupeň rozvoja choroby. Vysoké náklady na informačný systém, vo výsledku však zvyšuje efektivitu a kvalitu ZS
* **Úhrada za návštevu pacienta (single charge)** – paušál za jednu návštevu pacienta
* **Úhrada za ošetrovací deň (daily charge)** – môže viesť k predlžovaniu hospitalizácií
* **Úhrada za dohodnutú prácu (flat-rate = bonus payment)** – výkonnosť korigovaná na výsledok procesov = efektivita
* **Rozpočet (global payment)** – určenie výšky disponibilných zdrojov s určitou miernou voľnosti v štruktúre výdavkov

**Vyznačené sú spôsoby, ktoré uplatňujeme v návrhu úhradového mechanizmu pre VLD.**

**AKÝ JE SYSTÉM FINANCOVANIA ZS v SR?**

* **Pluralitný – poisťovací systém** = povinné verejné zdravotné poistenie z príspevkov zamestnancov, zamestnávateľov a štátu s možnosťou spoluúčasti pacienta
* **Trhový princíp súťaže: 1.poisťovní o pacienta** (pri rovnakých službách pre všetkých pacientov) **2. poskytovateľov o zmluvu s poisťovňami** – individuálne rokovania o kvalite, cenách a objemoch ZS (počet lôžok, počet ambulantných poskytovateľov)
* Na zaručenie dostupnosti poskytovateľov vláda stanovuje požiadavku minimálnej siete poskytovateľov
* **Ústrednú úlohu pri správe systému ZS má MZ SR pričom úsilie o formovanie systému sa sústreďuje na hľadanie štruktúry, v ktorej je rovnováha medzi konkurenčným trhom a reguláciou.**
* Existujú aj osobitné programy pre desaťpercentnú rómsku menšinu, ktorá má horší zdravotný stav ako celková populácia
* Vzorec prerozdeľovania podľa veku, pohlavia, hospodárskej činnosti a spotreby liekov slúži na zmiernenie rizikových rozdielov medzi poisťovňami
* **„LEX PLUS LAUDATUR, QUANDO RATIONE PROBATUR“**

Zákon je tým váženejší (chválený), čím je pre prax efektívnejší (je jasné aký má pre prax zmysel).

Je potrebné konštatovať, že systém financovania ZS v SR nevytvára potrebné predpoklady pre koncepciu ZS a jej predvídateľné zabezpečenie v budúcnosti. Prax preukazuje, že ľudské, aj finančné zdroje sú prirodzene obmedzené a trh nie je univerzálnym riešením všetkých otázok týkajúcich sa spoločenskej kohézie, stability a demokratického vývoja.

**AKÉ SÚ ODPORÚČANIA (NAD)NÁRODNÝCH AUTORÍT ?**

* **Rozšírenie a posilnenie postavenia VLD v systéme ZS zakotvené v legislatíve – nová koncepcia VL so stanovením nových kompetencií VLD**
* Kapitačné vzorce umožňujúce odstupňované zohľadnenie výkonnosti poskytovateľa
* Úhrady viazané na výkon, alebo zoskupené platby, ktoré by stimulovali kvalitu starostlivosti o chronické ochorenia prevenciu a koordináciu starostlivosti o pacienta – horizontálna a vertikálna integrácia starostlivosti o pacienta
* Definícia a rozšírenie kompetencií sestier a iných zdravotníckych pracovníkov v prvom kontakte
* Zabezpečenie obnovy ľudských zdrojov
* Riadenie a organizácia ZS prvého kontaktu v pôsobnosti osobitnej organizačnej zložky MZ SR

Ako inak sa má vláda v právnom štáte starať o budúcnosť a rozvoj ako zmysluplným uplatňovaním zákonodarnej iniciatívy a dohľadom nad dodržiavaním stanovených pravidiel? Je naivné sa na Slovensku domnievať, že zdravé uplatňovanie moci má vytvárať prostredie predvídateľnej budúcnosti pre zdravotnú starostlivosť, právo na zdravie a zdravé životné prostredie?

**KONCEPT ZVLD SR – NÁVRH NA REALIZÁCIU ODPORÚČANÍ**

* **Úhradový mechanizmus VLD zabezpečený všeobecne záväzným právnym predpisom**
* Základ pre výpočet kapitačnej úhrady a jednotkových cien výkonov sa viaže na priemernú mzdu v NH
* Uplatňuje sa **vekový koeficient nákladovosti a kapitačno-výkonový princíp** pri výpočte dodatkovej kapitačnej úhrady viazaný **na objektívne demografické a epidemiologické dáta**
* Nevyhnutné je **zjednotenie zoznamu výkonov** čo do označenia a obsahu výkonov (všeobecne záväzný pre všetky ZP)
* Predvídateľný pomer kapitačnej platby a platby za výkony (70/30%? = otázka jednotkových cien a objemov)
* **Predvídateľné financovanie ambulancií VLD zohľadňujúce systémové zakotvenie prvého kontaktu v starostlivosti o pacienta v SR**
* **„LEX PLUS LAUDATUR, QUANDO RATIONE PROBATUR“**

**Bez koncepcie financovania neexistuje žiadna koncepcia a akékoľvek kompetencie sú reálne, len ak sú vykonateľné!**

**Predvídateľné financovanie** = krytie investícií (personálna obnova, kapacity, rozvoj medicíny + integrácia ZS) + krytie špecificky zvýšených prevádzkových nákladov (dostupnosť, rómske komunity, starostlivosť v DSS)

**Čo dodať na záver? Dovolím si citovať konštatovanie z textu WHO – Health 2020, European policy framework and strategy for the 21 century, 09/2012:**

* „V niektorých krajinách brzdí rozvoj verejného zdravotníctva nedostatok politickej vôle. Systém, ktorý ovládajú špecialisti, ktorého jadrom je nemocničná starostlivosť je veľmi nákladný a nereaguje na dôležité zdravotné potreby.
* Primárna starostlivosť má v mnohých krajinách ťažkosti, rieši len čiastkové problémy, nevyužíva tímovú prácu, nie je rešpektovaná, má slabú väzbu na vyššie úrovne ZS a je podfinancovaná.
* Tieto okolnosti vedú k nevyváženému financovaniu ZS, mocenským bojom medzi zdravotníkmi, ktorých výsledkom je preferencia akútnych terapeutických služieb a nákladných, technicky komplikovaných diagnostických metód na úkor primárnej starostlivosti, podpory zdravia a sociálnej starostlivosti.

**Z ČOHO SME PRI PRÍPRAVE TEXTOVÉHO ZNENIA LEGISLATÍVY VYCHÁDZALI?**

**1. požiadavka na rozširovanie kompetencií VLD** 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**

Navrhujeme ako pomer vykonaných preventívnych prehliadok (prp.) a celkového počtu kapitovaných pacientov, pričom sa dosiahnutý výsledok porovnáva s optimálnou preventívnou výkonnosťou.

**Optimálna preventívna výkonnosť** je v (pripravovanom) zákone **zavedená referenčná norma,** ktorázohľadňuje verejný záujem o konkrétny, a čo najvyšší objem preventívnych výkonov pri známom počte čakateľov na preventívnu prehliadku (demografický údaj o celkovom počte dospelých obyvateľov), a je odvodená od:

* arbitrárne stanoveného optimálneho počtu pacientov na 1LM VLD **(1500) \***
* arbitrárne stanoveného optimálneho výkonu preventívnych prehliadok **(0,8)** \*\*

**7.1.1.** Výpočet **optimálnej preventívnej výkonnosti (OPV):**

1500 x 0,8 / 2 roky /12 mesiacov = **50prp. / mesiac** (pozn. 2 roky je stanovená periodicita prp.)

Za optimálny výsledok na hodnotenej ambulancii sa považuje taký počet vykonaných preventívnych prehliadok, ktorý zodpovedá **prepočítanej optimálnej preventívnej výkonnosti,** ktorá je určenáako pomer optimálnej preventívnej výkonnosti (50prp./mesiac) a reálneho priemernéhopočtu kapitovaných pacientov na 1 lekárske miesto VLD v danom kalendárnom roku v SR.

**7.1.2.** Výpočet **prepočítanej optimálnej preventívnej výkonnosti:**

príklad: ak je reálny priemer pac./1LM VLD v sledovanom období je 1900, potom:

(50pp x 12 mes.) / (1900pac./2 roky) = **0,63** = **prepočítaná optimálna preventívna výkonnosť**

Uvedený spôsob určenia výkonnosti v prevencii zohľadňuje nie len verejný záujem o konkrétny a čo najvyšší objem preventívnych výkonov pri známom počte čakateľov na preventívnu prehliadku (celkový počet dospelých pacientov), ale zohľadňuje aj nadpriemerný tlak na dostupnosť prp. v súvislosti s počtom lekárov – aktívne pracujúcich VLD v SR.

**7.1.3. Prepočítaná optimálna preventívna výkonnosť /mesiac:**

Pre aplikačnú prax sa prepočítaná optimálna preventívna výkonnosť určuje vo vzťahu k zúčtovaciemu obdobiu jedného kalendárneho mesiaca a keďže zákonom stanovená periodicita prp. je 2 roky (teda 24 mesiacov), tak **na jeden kalendárny mesiac sa vzťahuje podiel hodnoty vypočítanej podľa bodu 7.1.2 a čísla 24** – v uvedenom príklade 0,63/24 = 0,02625 = **2,625%.**

To znamená, že na každej konkrétnej ambulancii v uvedenom príklade je v SR v sledovanom období (zákon určí kalendárny rok) **prepočítaná optimálna preventívna výkonnosť /mesiac (POPVM)** = 2,625% z celkového počtu kapitovaných pacientov.

Vzorec pre výpočet vyplývajúci z bodov 7.1.1. a 7.1.2 je nasledovný:

**POPVM = (OPV x 12) / (RPLM / 2) / 24**

* OPV = optimálna preventívna výkonnosť
* RPLM = reálny priemer pacientov na 1 LM v rozhodujúcom (sledovanom) období
* konštatnta „12“ je 12 mesiacov roka
* konštanta „2“ sú 2 roky periodicity prp. podľa zákona
* konštanta „24“ je 24 mesiacov periodicity prp. podľa zákona
* POPVM = prepočítaná optimálna preventívna výkonnosť/mesiac

**Zákon určí metodické vyhodnocovanie a určovanie** **POPVM** **podzákonnou normou** (cenové opatrenie MZSR) v pravidelných zákonom stanovených intervaloch (1 kalendárny rok)\*\*\*

**7.1.4.** Stanovením prepočítanej optimálnej preventívnej výkonnosti **sa stanovuje neutrálna výkonnostná hladina pre každú konkrétnu ambulanciu VLD** a vytvára sa priestor na bonifikáciu nadpriemerne výkonných poskytovateľov, ako aj na malifikáciu podpriemerne výkonných poskytovateľov.

Stanovuje sa 10 nadpriemerných a 10 podpriemerných výkonnostných hladín, pričom každá z úrovní bonusu, resp. malusu zodpovedá 1% bodu základnej kapitačnej platby (viz. tabuľka – v príklade je uvedená výška základnej kapitácie 3,00 EUR).

**Pre jednotlivú výkonnostnú hladinu „h“ platí výpočet: hn = POPVM + (n x OPV/10)\*\*\*\*,**

**pričom h = [-10, +10] %** bodu základnej kapitačnej platby

* OPV (optimálna preventívna výkonnosť) = 50 prp./mes
* RPLM v príklade = 1900 pacientov
* POPVM = (OPV x 12) / (RLPM /2) / 24 = 2,625%
* hn = výkonnostná hladina (pásmo) v intervale -10 až +10 % bodu základnej kapitačnej platby: h = POPVM + (n x OVP/10)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Základná kapitácia? 3,- EUR** | **3,00 x hn** | **1000 / 27** | **1500 /39** | **2500 / 66** | **5000 / 131** |
| -10% (+) = 2,625% - 50 pac. | - 0,30 EUR |  |  | 16 - 0 | 81 – 0 **-1500E** |
| -9% = 2,625% - 45 pac. | - 0,27 EUR |  |  |  |  |
| -8% = 2,625% - 40 pac. | - 0,24 EUR |  | 3 – 0 **-360E** | 30–26 **-600E** |  |
| -7% = 2,625% - 35 pac. | - 0,21 EUR |  | 8 - 4 |  |  |
| -6% = 2,625% - 30 pac. | - 0,18 EUR | 1 - 0 | 13 - 9 |  |  |
| -5% = 2,625% - 25 pac. | - 0,15 EUR | 6 - 2 |  |  |  |
| -4% = 2,625% - 20 pac. | - 0,12 EUR | 11 – 7 **-120E** |  |  | 115–111 **-600E** |
| -3% = 2,625% - 15 pac. | - 0,09 EUR | 16 - 12 |  | 55–51 **-225E** |  |
| -2% = 2,625% - 10 pac. | - 0,06 EUR | 21 - 17 | 33 – 29 **-90E** |  |  |
| -1% = 2,625% - 5 pac. | - 0,03 EUR | 26 - 22 | 38 - 34 |  |  |
| **hn = 2,625% ( + /- 0 pac.)** | **3,00+0EUR** | **27 pac.** | **39 pac.** | **66 pac.** | **131 pac.** |
| +1% = 2,625% + 5 pac. | + 0,03 EUR | 28 - 32 |  | 67 - 72 |  |
| +2% = 2,625% + 10 pac. | + 0,06 EUR | 33–37 **+60E** | 45 - 49 | 73 - 76 |  |
| +3% = 2,625% + 15 pac. | + 0,09 EUR | 38 - ...(41) |  |  | 142–146**+450E** |
| +4% = 2,625% + 20 pac. | + 0,12 EUR |  | 55–59 **+180E** |  |  |
| +5% = 2,625% + 25 pac. | + 0,15 EUR |  | 60 - …(62) |  |  |
| +6% = 2,625% + 30 pac. | + 0,18 EUR |  |  |  |  |
| +7% = 2,625% + 35 pac. | + 0,21 EUR |  |  | 97–101**+525E** |  |
| +8% = 2,625% + 40 pac. | + 0,24 EUR |  |  | 102-..(104) |  |
| +9% = 2,625% + 45 pac. | + 0,27 EUR |  |  |  |  |
| +10% = 2,625% + 50 pac. | + 0,30 EUR |  |  |  | 177–..(208) **+1500E** |
| **Systémová efektivita: +/- 0,2% / 100 pac.** | | -30,-EUR | 0 EUR | +225,-EUR | +1050,-EUR |

**7.1.5.** Výsledný bonus, alebo malus za preventívnu výkonnosť na konkrétnej ambulancii je potom súčin počtu kapitovaných pacientov (PKP), základnej kapitačnej platby (ZKP) a hladiny h = 0,01 na príslušnom výkonnostnom stupni n (spolu „hn“): **Preventívna výkonnosť = PKP x ZKP x h x n**

Poznámky + výklad pojmov k preventívnej výkonnosti:

\* **ide o konsenzus organizácií zastupujúcich VLD v SR (Bystrá 12/2018) prijatý v súlade s publikovanými dátami nadnárodných autorít (správa WB 2018) a IZP MZSR**

* optimálny počet pacientov na 1 LM VLD v SR musí byť natvrdo definovaný v zákone, nakoľko sa tým určuje jedna z rozhodujúcich premenných pre koncepciu všeobecného lekárstva na Slovensku, kompetencie odboru a ich reálna vykonateľnosť v kontexte systémového postavenia odboru v systéme ZS v SR

\*\***podľa arbitrárne určenej optimálnej výkonnosti** 80% = 0,8 má mať 8 z 10 pacientov na Slovensku riadne a periodicky vykonanú preventívnu prehliadku v záujme znižovania počtu odvrátiteľných úmrtí, výskytu kardiovaskulárnych komplikácií a diabetu, obezity, ako aj ďalších rozhodujúcich epidemiologicky závažných premenných vo vzťahu k celkovému zdravotnému stavu obyvateľstva

* optimálna výkonnosť musí byť natvrdo definovaná v zákone, nakoľko politický konsenzus o určení konkrétneho čísla má vychádzať zo štatitisticky a matematicky odôvodnených argumentov týkajúcich sa pravdepodobnosti záujmu obyvateľstva o zdravie, zdravý životný štýl, zdravotnú výchovu v celkovom socio-ekonomicko-kultúrnom kontexte v SR

\*\*\*z charakteristiky premennej 7.1.3 „**prepočítaná optimálna preventívna výkonnosť /mesiac“ (POPVM)** vyplýva, že pre jej určenie sú rozhodujúce nasledujúce premenné:

* arbitrárne stanovený optimálny počet pacientov na 1LM VLD **(1500) \***
* arbitrárne stanovený optimálny výkon preventívnych prehliadok **(0,8)** \*\*
* RPLM = reálny priemer počtu pacientov /1LM VLD v sledovanom období (určené metodickým sledovaním a vyhodnocovaním podľa zákona – prípadne s odkazom zákona na podzákonnú normu)

\*\*\*\*z hľadiska zdravotnej poisťovne budú celkové náklady na zdravotnú starostlivosť vyplývajúce z aplikácie výkonnostného parametra „preventívna výkonnosť“ závislé na ochote poskytovateľov ZS pracovať v prospech svojich pacientov a v súčte pracovitých a lenivých poskytovateľov môže mať tento parameter na celkové náklady poisťovne neutrálny vplyv

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

sa navrhuje obdobne ako parameter 7.1. (preventívna výkonnosť), a to ako pomer uskutočnených výkonov poskytovateľa v starostlivosti o chronických pacientov podľa zoznamu výkonov a v súlade s požiadavkami ŠTDP pre príslušné chronické ochorenia\* a celkového predpokladaného výskytu dotknutých chronických ochorení v súbore kapitovaných pacientov príslušnej ambulancie.

**7.2.1. dispenzárny výkon ambulancie** sa určí ako pomer sumy príslušných výkonov\* realizovaných v zúčtovacom období 1 (jeden) kalendárny mesiac a predpokladaného celkovému výskytu (prevalencii) dotknutých chronických ochorení na danej (konkrétnej) ambulancii korigovaného na predpoklad medziodborovej ambulantnej starostlivosti o dané chronické ochorenie podľa ŠDTP

**7.2.2. celkový výskyt dotknutých chronických ochorení** (CVch.o.) sa odvodzuje od relevantných epidemiologických dát ako počet ochorení na 100.000 obyvateľov (v percentách %)\*\*

**7.2.3. Korigovaný výskyt ch.o. (KV ch.o.)**

* zistený celkový výskytdotknutých chronických ochorení pre potreby hodnotenia dispenzárnej výkonnosti na ambulancii VLD **sa má korigovať súčiniteľom, ktorý má arbitrárne vyjadrovať medziodborovú ambulantnú starostlivosť o dané chronické ochorenie** podľa ŠDTP\*\*\* a pre potreby výpočtu dispenzárnej výkonnosti ambulancií VLD sa použije týmto ustanovená

premenná **„korigovaný výskyt ch.o.“ (KVch.o.)**

* ide o legitímnu požiadavku na systematickú deľbu práce medzi medicínskymi odbormi , ktorých sa starostlivosť o dané ch.o. podľa príslušné ho ŠDTP týka
* **v tomto návrhu uvažujeme o KVch.o. = 0,5 –** ambulancia VLD má zabezpečiť adekvátnu starostlivosť o príslušné ch. ochorenia podľa ich klinického štádia až v polovici všetkých klinických prípadov týchto ochorení

**7.2.4. Prepočítaná optimálna dispenzárna výkonnosť ambulancie / mesiac - PODVM**

sa určí obdobne ako prepočítaná preventívna výkonnosť podľa bodu 7.1.3. a odvodzuje sa od:

* **arbitrárne stanovenej optimálnej dispenzárnej výkonnosti**  **0,6\*\*\*\***
* CVch.o. = 45% + 30% (hypertenzia + dyslipémia) = 75%
* KVch.o. = 0,5
* Konštanta „12“ = 12 mesiacov roka

Vzorec pre výpočet vyplývajúci z bodov 7.2.2 až 7.2.3 je nasledovný:

**PODVM = (CVch.o x KVch.o x 0,6) / 12** = 0,75 x 0,5 x 0,6 / 12 **= 1,875 % pac. / mesiac**,

**7.2.5.** Stanovením prepočítanej optimálnej dispenzárnej výkonnosti **sa stanovuje optimálna horná výkonnostná hladina platná pre každú konkrétnu ambulanciu VLD** a vytvára sa priestor na bonifikáciu poskytovateľov, v závislosti od ich konkrétnej dispenzárnej výkonnosti.

Stanovuje sa 5 výkonnostných hladín, pomerným rozdelením PODVM, pričom každá predstavuje 1,5% bodu základnej kapitačnej platby násobenej príslušným výkonnostným stupňom „n“ (viz. tabuľka – v príklade je uvedená výška základnej kapitácie 3,00 EUR).

**Pre jednotlivú výkonnostnú hladinu „h“ platí výpočet: h x n = n x (PODVM/5)**

**pričom n = [ 1 , 5 ]**

**7.2.6.** Výsledný bonus za dispenzárnu výkonnosť na konkrétnej ambulancii je súčin počtu kapitovaných pacientov (PKP), základnej kapitačnej platby (ZKP), výkonostnej hladiny h = 0,015 (1,5%) príslušnej stupňu výkonu n (spolu „hn“): **Dispenzárna výkonnosť = PKP x ZKP x n x h** = napríklad: 1900pac. x 3,00 EUR x h0,015 x n3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Základá kapitácia? 3,-EUR | 1%=0,03 E | 1500 /28 | 1900 / 35 | 2500 / 46 | 5000 / 93 |
| h5. 1,875%+ (+7,5% bon.) | 0,225 EUR | +337,5 EUR |  |  | + 1125 EUR |
| h4. 1,500%+ (+6,0% bon.) | 0,18 EUR |  |  | + 450 EUR |  |
| h3. 1,125%+ (+4,5% bon.) | 0,135 EUR |  | + 256,5 EUR |  |  |
| h2. 0,750%+ (+3,0% bon.) | 0,09 EUR | + 135 EUR |  |  |  |
| h1. 0,0375%+ (+1,5%bon.) | 0,045 EUR |  |  |  | +225 EUR |

Poznámky + výklad zavedených pojmov k dispenzárnej výkonnosti:

**\*zoznam výkonov** realizovaných v ambulancii VLD musí zahŕňať také výkony, ktoré popisujú starostlivosť o chronické ochorenia a obsahovo zodpovedajú ŠDTP (štandardným diagnostickým a terapeutickým postupom) – **dodáme podľa existujúceho zoznamu v zmluve s VšZP**

Pre potreby výpočtu dispenzárnej výkonnosti sa výkony pre jednotlivé chronické ochorenia (ch.o.) budú v danom zúčtovacom období sčítavať a v prípade, že zoznam výkonov určí pre niektorý z výkonov starostlivosti o ch.o. inú, ako 1-ročnú periodicitu, bude tento výkon pred jeho započítaním do zúčtovania násobený príslušným koeficientom (2,0 pri periodicite 2 x do roka, 3,0 pri periodicite 2 x do roka)

**\*\*zdroj pre epidemiologické dáta určí MZSR** – v tejto pracovnej verzii legislatívneho návrhu počítame s nasledovným výskytom relevantných ch.o. :

* hypertenzia 45%
* dyslipémia 30%
* cukrovka 7% (k dnešnému dňu neexistuje v SR relevantné odborné usmernenie – ŠDTP)

Celkový výskyt ch.o. (CVch.o.) pre potreby hodnotenia dispenzárnej výkonnosti ambulancie VLD je 45% + 30% + 7% = 82%

**\*\*\*Korigovaný výskyt ch.o. = CV ch.o. x 0,5 = 41%**

* KVch.o. musí byť natvrdo definovaný v zákone, alebo s odkazom na podzákonnú normu v pôsobnosti MZ SR nakoľko sa tým určuje **jedna z rozhodujúcich premenných pre koncepciu všeobecného lekárstva na Slovensku a kompetencie odboru v kontexte systémového postavenia odboru** v systéme ZS v SR.
* politický konsenzus o určení konkrétneho čísla má vychádzať **zo** štatisticky odôvodnených **argumentov týkajúcich sa epidemiológie chronických ochorení a trendov ich incidencie a prevalencie a požiadavky na systematickú deľbu práce medzi medicínskymi odbormi , ktorých sa starostlivosť o dané ch.o. týka** (na ktoré odkazuje ŠDTP)

**\*\*\*\* arbitrárne stanovená dispenzárna výkonnosť** **0,6**

* politický konsenzus o určení konkrétneho čísla (v tomto návrhu 0,6) má vychádzať zo štatisticky odôvodnených **argumentov týkajúcich sa pravdepodobnosti záujmu obyvateľstva o aktívny prístup k liečbe, ku zmene životného štýlu a záujmu** o zdravotnú výchovu v celkovom socio-ekonomicko-kultúrnom kontexte v SR
* optimálna dispenzárna výkonnosť by mala byť definovaná v zákone, prípadne zákon určí metodické vyhodnocovanie a určovanie agregovaného parametra PODVM podzákonnou normou (cenové opatrenie MZSR) v pravidelných zákonom stanovených intervaloch (1 kalendárny rok)

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

**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.



**7.4. 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

**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 základnej 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.

**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 najmenej rozvinutých okresov v zmysle zákona 336/2015 z.z. Tento prístup podľa nášho názoru zodpovedá zamýšľanému účelu tohto bonusu, ktorým je potrebné kompenzovať zvýšené náklady poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti v súvislosti s organizáciou praxe v problematických oblastiach s marginalizovanými komunitami a motivovať poskytovateľa, aby vo výkone praxe v týchto oblastiach zotrval.

* **NAVRHUJEME:**
* **7.8.1.** Príplatok kzákladnej kapitácii násobený počtom kapitovaných pacientov u poskytovateľa, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre dospelých v sídle, ktoré sa nachádza v jednom z najmenej rozvinutých okresov
* **7.8.2.**záujme adresnejšieho prerozdelenia tohto bonusu navrhujeme zohľadniť veľkosť sídla, v ktorom poskytovateľ pôsobí a pre tento účel použiť počet obyvateľov sídla 10.000, pričom sa výsledná výška príplatku koriguje násobkom koeficientu podľa celkového počtu obyvateľov v danom sídle:
* **0,08 EUR** pre sídla s počtom obyvateľov viac ako 10.000 (ide o všetky okresné mestá najmenej rozvinutých okresov okrem okresných miest Poltár, Sobrance , Medzilaborce)
* **0,24 EUR** pre sídla s počtom obyvateľov menej ako 10.000 (ide o všetky sídla mimo okresných miest s výnimkou mesta Fiľakovo v okrese Lučenec)

**Alternatíva 2:**

v kontexte akčných plánov stratégie SR pre integráciu Rómov v oblasti zdravotnej starostlivosti (viz. príloha č. 2,3,4):

* **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.

**PRÍLOHY:**

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> )