

Za segment VLD máme v rámci ZAP tieto požiadavky:

1. **Navýšenie kapitácie** o 1 € Na Slovensku je dnes v priemere 2,5€v ČR to je viac ako 5€ Kapitácia je dnes považovaná za základnú platbu v primárnej starostlivosti a keď pokrýva všetky paušálne náklady ambulancií tak vedie k optimalizácii efektivity jej poskytovania.
2. Úhrada **CRP vyšetrenia** na ambulancii vo výške 7,50 € (cena kalkulovaná podľa kalkulačného vzorca ekonomicky oprávnených nákladov výkonu). Zvýšenie počtu CRP vyšetrení prinesie zníženie preskripcie ATB, zníži počet PN a zvýši bezpečnosť pacientov.
3. Úhradu **domácich návštev** vo výške 20,00 €/návštevu (cena kalkulovaná podľa kalkulačného vzorca ekonomicky oprávnených nákladov výkonu) + dopravný paušál 5 - 10€/návštevu (do a nad 15 km), alebo 30 centov/km. Zvýšenie počtu domácich návštev zníži počet návštev na APS, CP a počet hospitalizácií a tým zníži náklady ZP na chronických pacientov.

4. Zmeniť hodnotiace/motivačné kritériá pre VLD.

Dnes sa miňa veľa peňazí a napriek tomu sú ľudia veľmi chorí.

Príčinou tohto stavu sú dnešné kritériá hodnotenia(efektivity?) zamerané na znižovanie spotreby liekov a „svalzov“, ktoré sa vyhodnocujú na jednotlivých ambulantných lekároch, ktorí sú tak nútení obmedzovať zdravotnú starostlivosť na úkor zdravia pacientov. Pretože našim cieľom je ochrániť pacientov navrhujeme súčasné kritériá „efektivity“ pre VLD zrušiť a nahradiť ich kritériami, ktoré budú podporovať efektívne využívanie zdrojov v celom systéme zdravotnej starostlivosti a uvoľnia dnes skryté zdroje, na pokrytie zdravotnej starostlivosti v indikovanom rozsahu, rešpektujúc právo pacientov na zdravie, garantované ústavou.

Navrhujeme zaviesť tieto kritériá (podrobne spracované v samostatnom materiáli):

(A) Počet návštev pacienta v systéme za jeden rok (kritérium OECD). Čím menej tým vyššie ohodnotenie. Zníženie návštev z dnešných 11 na 6 ako je priemer v krajinách OECD, prinesie značné finančné úspory, ale aj skompenzovanie dnešných nedostatočných kapacít systému riešiť indikovanú starostlivosť o pacientov. **(B) S tým súvisí počítanie celkových nákladov systému na pacienta a nie ich rozpočítavanie na lekárov.** Teda hodnotenie jednotlivých lekárov podľa priemeru celkových nákladov na ich pacientov v celom systéme podľa indexu rizikovosti určených vekových skupín – čím nižšie náklady na pacienta v systéme oproti priemeru v danej vekovej skupine, tým vyššie ohodnotenie a naopak. **(C) Preventívne prehliadky** – čím viac prevencie tým vyššie ohodnotenie lekára VLD.

5. eRecept

Odmietame eRecept navrhovaný v dnešnej podobe. Takáto aplikácia musí byť navrhnutá nie ako prekážka v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zhoršujúca jej efektívnosť, ale ako jej uľahčenie, zjednodušenie, prinášajúce úšetrienie času tak, aby lekár mohol viac času venovať pacientovi. A iba čas venovaný pacientovi zvyšuje kvalitu a bezpečnosť starostlivosti. V iných krajinách funguje eRecept tak, že sa recepty zapisujú na magnetický nosič pacienta bez nutnosti tlačenia, alebo sa tlačia všetky lieky na jeden recept zakódované vo vysokokapacitnom čiarovom kóde, alebo sa využíva centrálné úložisko a pacientovi sa vytlačí na jeden recept iba kód, ktorý predstavuje elektronickú adresu uloženia jeho receptov.

6. Manažment kapitácie

V prípade konfliktu v kapitácii automatické uhrádzanie kapitácie tomu, kto sa preukáže novou dohodou podpísanou pacientom, od dátumu jej platnosti.

Návrh na nové kritériá efektivity v PZS (ZAP/SSVPL 2017)

http://www.vpl.sk/files/file/zmluvy/2017/nove%20kriteria%20efektivita_2.pdf

Povinnosť poisťovne nahlásiť pacienta po návrate zo zahraničia doteraz kapitujúcemu lekárovi aby si ho ten mohol dať do prírastku a mohol si tak bezprostredne nárokovať uhradu kapitácie pri obnovení poistenia (po návrate poistenca zo zahraničia), bez výpadku kapitácie.

7. Neplatiči

Indikovanú starostlivosť o neplatičov uhrádzať z osobitného fondu ZP, ktorý je potrebné za týmto účelom v ZP zriadiť a vyčleniť do neho potrebné financie napríklad zo zisku poisťovní. Starostlivosť o týchto pacientov nemôže znášať poskytovateľ ale ani v civilizovanej krajine nemôžu zostať títo ľudia bez poskytnutia indikovanej zdravotnej starostlivosti.

8. Pokuty a náhrada škody zdravotnej poisťovni.

Ak bola zdravotná starostlivosť indikovaná z medicínskeho hľadiska správne a pacient z nej profitoval poisťovňa nemôže tvrdiť, že jej vznikla škoda. Takéto tvrdenie je v rozpore s medicínskou etikou, dobrými mravmi a ústavou SR. Za škodu môže byť považované iba medicínsky nesprávne indikované poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Za formálne pochybenie si poisťovňa môže uplatniť zmluvnú pokutu, ale nie náhradu škody vo výške hodnoty poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ak je zrejmé, že nedošlo ku škode, ale naopak k profitu platiteľa poistného. Jedná sa napríklad o formálne nedostatky pri predpisovaní enterálnej výživy v prípadoch, že sa dá preukázať z medicínskeho hľadiska jej správna indikácia. **V tomto zmysle žiadame upraviť všeobecné podmienky zmlúv.**

Záver:

Realizáciou uvedených opatrení predpokladáme v celom systéme zdravotného poistenia uvoľnenie zdrojov vo výške cca 500 mil € čo umožní riadne oceňovanie ľudských zdrojov a zdravotným poisťovniam dodržiavanie zákona 577/2004 Z.z. o plnej úhrade zdravotnej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia.

Navýšenie našej kapitácie o 1€ znamená v celkovom súčte všetkých poisťovní 50 mil € to je iba zlomok z financií, ktoré náš segment je schopný v systéme ušetriť a ktoré potom možno použiť na dofinancovanie aj špecialistov, nemocníc a medicínskeho školstva vrátane rezidentov.

Motivovanie lekárov aby nepredpisovali lieky, nevyšetrovali a teda neliečili pacientov, ale naopak aby postupovali v rozpore nielen so svojím svedomím ale aj záujmom platiteľov poistného, ako to robia dnes zdravotné poisťovne súčasnými motivačnými kritériami v kombinácii s obmedzovaním kompetencií VLD, sú dnes hlavné príčiny neefektivity v celom zdravotnom systéme a v prípade nedohody budeme trvať na tom aby **za nútenie do neefektívnych regulácií, ktoré zaviedli a udržiujú v oblasti nakladania so zdrojmi verejného zdravotného poistenia, boli manažmenty zdravotných poisťovní brané k zodpovednosti.**

Spracoval MUDr. Peter Lipták

(6.6.2017, odoslal k pripomienkovaniu členskej základni)