

Zmena filozofie “náklady na pacienta, nie na lekára“.

Za segment VLD máme v rámci ZAP tieto požiadavky:

1. Zmeniť hodnotiace/motivačné kritériá pre VLD.

Úplne zmeniť ich filozofiu z dnešného simplexného počítania nákladov na jednotlivého lekára na počítanie „náklady na pacienta, nie na lekára“.

Predsa liečenie pacienta prináša náklady a je treba manažovať diagnostický a liečebný proces tak aby boli náklady na pacienta v systéme čo najnižšie. Nám ide o to, aby bol lekár VLD motivovaný k zníženiu celkových nákladov v systéme, čo bude predstavovať úsporu pre zdravotné poisťovne a nie iba svojich vlastných nákladov, čo môže na inom mieste systému indukovať vynaloženie oveľa vyšších nákladov z verejných zdrojov a byť aj na úkor zdravia pacientov a kvality ich života. Naším cieľom je chrániť pacientov, preto navrhujeme súčasné simplexné kritériá tzv. „efektivity“, ktoré zaviedli zdravotné poisťovne, zrušiť a nahradiť ich reguláciami, ktoré budú podporovať skutočné efektívne využívanie zdrojov v celom systéme zdravotnej starostlivosti, tak ako je to obvyklé v Európe a vo svete, čím sa uvoľnia dnes skryté zdroje, na pokrytie zdravotnej starostlivosti v indikovanom rozsahu, rešpektujúc právo pacientov na zdravie, garantované ústavou. **Navrhované kritériá efektivity sú podrobne uvedené v prílohe (1).** Ich realizáciou predpokladáme **zníženie počtu návštev pacientov za rok v systéme z dnešných 11 na 6 ako je priemer v krajinách OECD**, čo bude znamenať redukciu nákladov o takmer 50%. Výrazné zefektívnenie povedie každoročne k značnému uvoľneniu zdrojov, predpokladáme, že vo výške niekoľko sto miliónov €. Prerozdelenie uvoľnených financií umožní zlepšenie kvality a dostupnosti starostlivosti a aj zvýšenie ceny práce v ambulantnom sektore, a tým plnenie odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) pre oblasť ľudských zdrojov zdravotníctva zhrnuté v jej poslednom materiáli Workforce 2030. Zvýšenie efektivity systému umožní ZP dodržiavanie zákona 577/2004 Z.z. o plnej úhrade zdravotnej starostlivosti z dnes dostupných zdrojov verejného zdravotného poistenia bez nutnosti dofinancovania zdravotnej starostlivosti napríklad cestou ambulantných poplatkov od pacientov.

2. Položiť väčší dôraz na podporu zdravia, prevenciu a včasnú diagnostiku a liečbu v primárnej zdravotnej starostlivosti (PZS). Veľká finančná rezerva je v tom, že na Slovensku je **stredná dĺžka života bez choroby 54 rokov ale priemer tohto ukazovateľa v EÚ je 65 rokov**. Naši pacienti sú skôr chorí, vyžadujú liečbu o viac ako 10 rokov skôr než je priemer v EÚ, čo výrazne zvyšuje finančné náklady nášho zdravotníctva. To, že máme na Slovensku podstatne viac chronických pacientov ako v iných krajinách EÚ vysvetľuje aj fakt, prečo je na ich liečbu potrebná vyššia spotreba liekov. Tu je nevyhnutné sa zamerať na príčiny (znížiť počet chronických pacientov) a nie na reštrikcie v oblasti dostupnosti indikovanej starostlivosti. Napríklad pripravované regulácie zamerané na reštrikciu potrebných liekov

(1)[Návrh na nové kritériá efektivity v PZS \(ZAP/SSVPL 2017\)](#)

(2)[Náklady na pacienta nie na lekára](#)

Zmena filozofie “náklady na pacienta, nie na lekára“.

v skutočnosti budú znamenať zhoršenie zdravotného stavu chronických pacientov.

3. Navýšenie kapitácie o 1 €, tj. navýšenie tejto platby o 12€ ročne. Na Slovensku je dnes kapitácia v priemere 2,5€ mesačne (t.j. 30€ na pacienta ročne) v ČR to je viac ako 5€(viac ako 60€ na rok). Kapitácia je základná platba v primárnej starostlivosti, ktorá má pokryť všetky paušálne náklady ambulancií (investičné, prevádzkové a personálne). V personálnych nákladoch majú byť ambulancie kalkulované na úrovni nemocníc. K oprávnenosti navýšenia kapitácie je dobré uviesť porovnanie so sieťou polikliník ProCare, kde ku kapitácii 30 € vyberajú ešte ich vlastnú kapitáciu =ročný poplatok 400-650€ (podľa programu) a to tvorí iba 25% ich ročných tržieb. Teda v skutočnosti vydávajú na pacienta cca 2000 € ročne a napriek tomu sú v strate 1,6%. Naše ambulancie sú vlastne ProCare pre ostatných ľudí a my ich máme liečiť za 30€ ročne? Z akého dôvodu majú byť naši pacienti takto výrazne diskriminovaní?

4. Úhradu CRP vyšetrenia na ambulancii vo výške 7,50 € (cena podľa kalkulačného vzorca ekonomicky oprávnených nákladov výkonu). Zvýšenie počtu CRP vyšetrení prinesie zníženie preskripcie ATB, zníži počet PN a zvýši bezpečnosť pacientov.

5. 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 zdravotných poisťovní. Na úhradu domácich návštev počítajme aj s presunom financií, ktoré sa ušetria na LSPP!

6. eZDRAVIE. Víťame elektronizáciu zdravotníctva, ale každá takáto aplikácia musí byť navrhnutá nie ako prekážka v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zhoršujúca jej efektivitu, ale ako jej uľahčenie, zjednodušenie, prinášajúc ušetrenie času tak, aby lekár mohol viac času venovať pacientovi. **Iba čas venovaný pacientovi zvyšuje kvalitu a bezpečnosť starostlivosti.** Odmietame eRecept navrhovaný v dnešnej podobe (BLO), pretože je časovo aj ekonomicky náročnejší ako doterajší postup. 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.

7. Manažment kapitácie

(a) Predchádzanie konfliktom v kapitácii automatickým uhrádzaním kapitácie tomu, kto poslal do poisťovne novú dohodu podpísanú pacientom.

(b) Povinnosť poisťovne u pacienta, ktorý sa vráti zo zahraničia obnoviť kapitačnú platbu lekárovi, ktorý kapitoval pacienta pred odchodom do zahraničia. Tento lekár má s poisťovňou uzatvorenú platnú dohodu.

(c) S ukončením dospelého veku (dovŕšením 18 roku veku) ukončenie kapitácie u pediatriov

(1)[Návrh na nové kritériá efektivity v PZS \(ZAP/SSVPL 2017\)](#)

(2)[Náklady na pacienta nie na lekára](#)

Zmena filozofie “náklady na pacienta, nie na lekára“.

a dorastových lekárov a prevod pacientov k lekárom atestovaným v odbore VL.

8. Neplatiči

Indikovanú starostlivosť o neplatičov uhrádzať z osobitného fondu zdravotnej poisťovne (ZP), ktorý je potrebné za týmto účelom v ZP zriadiť a vyčleniť do neho potrebné financie napríklad zo zisku ZP. Starostlivosť o týchto pacientov nemôže znášať poskytovateľ ale ani v civilizovanej krajine nemôžu zostať títo ľudia bez poskytnutia indikovanej zdravotnej starostlivosti. Na manažovanie dlhu, ktorý vzniká nemá administratívny aparát PZS ale ZP.

9. Vykazovanie. Starostlivosť o všetkých poistencov, našich aj zahraničných vykazovať v jednej faktúre. Na dobropisovanú čiastku poskytovať podrobný rozpis vykázaných ale neuznaných výkonov a poskytovať tieto výkony v osobitnej elektronickej dávke, tak aby sa mohli stať predmetom ďalšieho konania.

10. 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 profítu 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:

V rámci ekonomických regulácií sme identifikovali dnes veľmi nepriaznivo nastavené faktory, ktorých náprava by mohla viesť k výraznému zefektívneniu využitia dnešných finančných prostriedkov. Jedná sa o tieto dva mechanizmy:

1. Zníženie počtu návštev pacientov za rok v systéme z dnešných 11 na 6 ako je priemer v krajinách OECD

2. Zvýšenie strednej dĺžky života bez choroby z 54 rokov v SR na priemer tohto ukazovateľa v EÚ, ktorý je 65 rokov.

Keď sa VLD vrátia kompetencie, zvýšia sa o niečo náklady u VLD ale podstatne klesnú celkové náklady na pacienta v systéme uvedenými dvoma mechanizmami (2). Kompetentný segment VLD (PZS) je základný ekonomický regulátor systému a tento fakt sa ozrejmi okamžite ako sa začnú vyhodnocovať celkové náklady na pacienta v systéme a nie na jednotlivých lekárov.

Kedy keď nie hneď teraz (v čase ozdravného plánu VŠZP a všeobecného nedostatku financií v zdravotníctve) je potrebné začať efektívne využívať zdroje verejného zdravotného poistenia? V záujme pacientov aj poskytovateľov trváme na „zmene filozofie“ a predložených požiadavkách. Apelujeme na všetkých zodpovedných aby sa začali vážne zaoberať návrhmi, ktoré odborná lekárska verejnosť na riešenie dnešnej kritickej situácie vo financovaní zdravotníctva opakovane predkladá.

Spracované na základe doručených pripomienok VLD k 9.7.2017, Peter Lipták vld@vld.sk

(1)[Návrh na nové kritériá efektivity v PZS \(ZAP/SSVPL 2017\)](#)

(2)[Náklady na pacienta nie na lekára](#)