



ZVÄZ AMBULANTNÝCH POSKYTOVATEĽOV

JEDNOTA – SILA - ÚSPECH

Národná rada Slovenskej republiky

Výbor NR SR pre zdravotníctvo

MUDr. Štefan Zelník, PhD.

predseda výboru

Námestie Alexandra Dubčeka 1

812 80 Bratislava 1

V Bratislave dňa 14.6.2017

Vec:

Predloženie požiadaviek a návrhov členov Zväzu ambulantských poskytovateľov (ZAP) za účelom nastavenia systémových zmien v zdravotníctve a žiadosť o účasť zástupcov ZAP na rokovaní Výboru NR SR pre zdravotníctvo

Vážený pán predseda Výboru NR SR pre zdravotníctvo, MUDr. Štefan Zelník, PhD.,

Vážený pán minister zdravotníctva SR, JUDr. Ing. Tomáš Drucker,

Vážení členovia Výboru NR SR pre zdravotníctvo,

Vážení poslanci Národnej rady Slovenskej republiky,

Zväz ambulantských poskytovateľov (ZAP) združuje ambulantských poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými má zdravotná poisťovňa (v ďalšom texte ZP) uzatvorenú zmluvu o úhrade zdravotnej starostlivosti z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Hlavným cieľom činnosti ZAP je presadzovanie oprávnených spoločenských, ekonomických, zamestnávateľských a odborných záujmov svojich členov – poskytovateľov ambulantskej zdravotnej starostlivosti. ZAP zastupuje svojich členov v rokovaní o zmluvách so ZP.

V tomto liste si dovoľujeme vám predložiť návrhy, ktoré sú zamerané najmä v prospech pacientov a súčasne aj poskytovateľov, menia súčasnú filozofiu hodnotenia ambulantských lekárov zo systému počítania nákladov na jednotlivých poskytovateľov na systém počítania nákladov na pacienta, čo umožňuje ich podstatné zníženie posunutím starostlivosti do oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti v duchu odporúčaní WHO a kritérií OECD. Tento materiál vám

predkladáme z dôvodu, aby aj zákonodarná a výkonná zložka štátu bola oboznámená s aktuálnou situáciou ambulantného sektora, aby sme upriamili pozornosť na akútne nedostatky a problémy spôsobujúce neefektivitu súčasného systému a zároveň, aby mohli byť predložené požiadavky zohľadnené aj pri príprave financovania zdravotníctva zo štátneho rozpočtu.

Ďalej chceme upozorniť na dodržiavanie zákona č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, ktorý stanovuje povinnosť ZP plne hradiť zdravotnú starostlivosť poskytovanú zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Verejné zdroje vznikajú na základe povinných odvodov poistencov a ich spravovanie je úlohou ZP. Zákon im určuje povinnosť plne hradiť indikovanú zdravotnú starostlivosť. Poskytovatelia zdravotnú starostlivosť iba poskytujú. Avšak poskytovať zdravotnú starostlivosť bez pokrytia jej ekonomicky oprávnených nákladov nie je reálne možné. Ak pacient zaplatí za poskytovanie zdravotnej starostlivosti priamo poskytovateľovi, nie je tým nijako dotknutá jej bezplatnosť garantovaná zákonom. Nič nebráni tomu (v mnohých najrozvinutejších európskych krajinách je to najviac využívaný postup), aby ZP poskytnutú zdravotnú starostlivosť svojmu poistencovi preplatila. Toto uvádzame na margo toho, že sa pripravuje zákon, ktorý má zakazovať vyberať úhrady na ambulancii za poskytovanie indikovanej starostlivosti pod hrozbou vysokých pokút pre poskytovateľov, dôvodiac, že tak by sa narušil princíp jej bezplatnosti garantovaný zákonom. Nie je to pravda. Poukazujeme na to, že takýto zákon bude ešte viac obmedzovať dostupnosť indikovanej zdravotnej starostlivosti v prípadoch, ak sa ju ZP rozhodnú protiprávne limitovať, nezaplatiť tak, ako sa to deje v súčasnosti, kedy ZP uhrádzanie zdravotnej starostlivosti redukujú až o 1/3 jej reálnych nákladov a tým už v súčasnosti redukujú dostupnosť zdravotnej starostlivosti o 1/3 oproti rozsahu, ktorý je indikovaný a pre pacientov potrebný. Problémom dnes nie sú poskytovatelia, problémom je nedostatočné financovanie poskytovateľov zo strany ZP v dôsledku ich neefektivity pri využívaní disponibilných zdrojov. Apelujeme na vás, aby ste prijali ďalšie regulácie, ktoré by donútili ZP uhrádzať zdravotnú starostlivosť v zmysle dnes platného zákona a zmenili svoje neefektívne správanie. Pre zjednanie nápravy stačí predsa posilniť kontrolné funkcie a dohľad nad ZP. Apelujeme aby sa nezavádzali ďalšie zákonné prekážky pre poskytovateľov a pacientov, ktoré budú ešte viac obmedzovať poskytovanie indikovanej zdravotnej starostlivosti a ešte viac zhoršia výkonnosť slovenského zdravotníctva v zmysle kvality služieb a ich dostupnosti.

V súčasnosti platné zmluvy medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a ZP nie sú v súlade s platnou legislatívou. V zmysle § 7 ods. 9 písm. b) zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/204 Z.z. o zdravotných poisťovniach“): „Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať rozsah zdravotnej starostlivosti.“ Dnešné zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti definujú pod označením „Rozsah zdravotnej starostlivosti“ iba jej dohodnutý finančný alebo bodový objem, nie je to však jej rozsah ako to vyžaduje zákon. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom nad stanovený finančný alebo bodový objem mu nie je zo strany ZP uhrádzaná vôbec alebo len čiastočne vo výške prepočítanej určitým regresným koeficientom. To znamená, že za zdravotnú starostlivosť poskytnutú nad rámec zmluvného finančného alebo bodového objemu nedostávajú ambulantní lekári žiadnu úhradu alebo len čiastočnú úhradu vo výške prepočítanej koeficientom stanoveným ZP a to aj napriek tomu, že by mala byť plne hrazená, keďže ide o indikovanú zdravotnú starostlivosť, ktorá je podľa zákona plne hrazená z verejného zdravotného poistenia. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú podľa ich názoru opakovane nútení uzatvárať so ZP zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti pod nátlakom a za znevýhodnených podmienok nielen pre nich samotných, ale najmä pre pacientov – poistencov, nakoľko v konečnom dôsledku takéto nedostatočné financovanie obmedzuje dostupnosť, rozsah a kvalitu zdravotnej starostlivosti. V súlade s § 7 ods. 9 písm. b) zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach: „**Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať b) rozsah zdravotnej starostlivosti.**“ Preto žiadame do zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zadefinovať rozsah zdravotnej starostlivosti. V prípade, že ZP budú trvať na definovaní dohodnutého finančného alebo bodového objemu, musia v zmluvách presne zadefinovať čo je hrazené z tohto dohodnutého finančného alebo bodového objemu a akú oprávnenú zdravotnú starostlivosť sa zaväzujú hradiť aj nad dohodnutý objem. Je potrebné zdôrazniť, že očakávame, že ZP budú plne hradiť reálne náklady nami poskytovanej starostlivosti tak, ako to určuje zákon a ako to vyžaduje starostlivosť o zdravie ľudí.

Dovoľte nám aby sme vám predostreli niektoré naše ďalšie konkrétne požiadavky:

1. Zmeniť hodnotiace/motivačné kritériá pre VLD a úplne zmeniť ich filozofiu.

Ide o to, aby bol tento lekár motivovaný k zníženiu celkových nákladov v systéme, čo predstavuje úsporu pre ZP a nie iba svojich vlastných nákladov, čo môže na inom mieste systému indukovať vynaloženie oveľa vyšších nákladov z verejných zdrojov.

Dnes sa miňa veľa peňazí a napriek tomu sú ľudia veľmi chorí. Príčinou tohto stavu je dnešné hodnotenie efektivity zamerané na znižovanie spotreby liekov a „svalzov“, ktoré sa vyhodnocuje na jednotlivých ambulantných lekárov, ktorí sú tak nútení obmedzovať zdravotnú starostlivosť na úkor zdravia pacientov a spolu s administratívnym obmedzením kompetencií VLD to indukuje zbytočné návštevy pacientov na iných miestach systému (špecialisti, APS, CP, hospitalizácie...). Pretože našim cieľom je ochrániť pacientov navrhujeme súčasné kritériá „efektivity“ a obmedzenia kompetencií VLD zrušiť a nahradiť ich reguláciami, 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. **Navrhované kritériá efektivity sú podrobne uvedené v prílohe.** 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 uvoľnenie zdrojov vo výške cca 500 mil € (každoročne), čo umožní zvýšenie ceny práce v ambulantnom sektore, a tým plnenie odporúčaní WHO v oblasti starostlivosti o ľudské zdroje zhrnuté v jej najnovšom materiáli Workforce 2030. Zvýšenie efektivity zdravotníctva umožní ZP dodržiavanie zákona 577/2004 Z.z. o plnej úhrade zdravotnej starostlivosti zo zdrojov verejného zdravotného poistenia bez nutnosti dofinancovania zdravotnej starostlivosti cestou ambulantných poplatkov od pacientov. **Efektívne fungujúca primárna zdravotná starostlivosť (PZS) je podstatným ekonomickým prínosom pre všetkých!**

2. **eZDRAVIE**- vítame 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 (BLO) navrhovaný v dnešnej podobe, 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 centrálna úložisko a pacientovi sa vytlačí na jeden recept iba kód, ktorý predstavuje elektronickú adresu uloženia jeho receptov.

3. 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 ZP.

Starostlivosť o týchto pacientov nemôže znášať poskytovateľ, ale ani v civilizovanej krajine nemôžu zostať títo ľudia bez poskytnutia indikovanej zdravotnej starostlivosti.

4. **Pokuty a náhrada škody ZP.** Ak bola zdravotná starostlivosť indikovaná a poskytnutá z medicínskeho hľadiska správne a pacient z nej profitoval, ZP nemôže tvrdiť, že jej vznikla škoda. Za škodu môže byť považované iba medicínsky nesprávne indikované poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Za formálne pochybenie si ZP 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 poisťného. Takýto postup je v rozpore s medicínskou etikou, dobrými mravmi a ústavou SR.

5. **Žiadame navýšenie kapitácie** pre všeobecných lekárov pre deti a dorast (VLDD) vo vekovej skupine 1- 5 rokov o 50% a pre gynekológov o 40%, u všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) o 1 € mesačne, tj. navýšenie tejto platby o 12 € ročne. Na Slovensku je dnes kapitácia u VLD v priemere 2,5 € mesačne (t.j. 30 € na pacienta ročne) v ČR to je dnes 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.

Na podporu zvýšenia kapitácie možno uviesť porovnanie so sieťou polikliník ProCare, kde ku kapitácii 30 € si vyberajú ešte ich vlastnú kapitáciu = ročný poplatok 400-650€ (podľa programu), čo predstavuje podľa vyjadrenia Eduarda Matáka z investičnej skupiny Penta (Trend 7.6.2017) 25% z tržieb tejto siete polikliník. Z toho sa dá odvodiť, že v priemere ročne majú na jedného pacienta v ambulancijnej sieti Pro Care príjem z tržieb 2000 €. Napriek tomu sú ročne v strate 1,6 % pri ročných vynaložených nákladoch 56 mil €. Na cca 28 000 pacientov minú v priemere 2000€ ročne (predpokladajme, že 1530€ z verejných zdrojov a cca 500€ si pacient dopláca) ale napríklad v ambulanciách VLD míňame na pacienta z verejných zdrojov iba 30€ ročne a pridanie potrebných 12€ ročne na jedného pacienta je aj pre ZP dôvera ekonomický problém, hoci na poistenca v sieti Pro Care vynakladá cca 1530€ z verejných zdrojov. A v našich ambulanciách nemajú byť žiadne doplatky ani navýšenie kapitácie? Ako máme za 30€ ročne z verejných zdrojov poskytovať starostlivosť v porovnateľnej kvalite?

6. **V očkovaní detí žiadame**

a) Zvýšiť cenu bodu za vakcináciu o 50%. Zdôvodnenie: antivakcinačná kampaň je veľmi intenzívna a príprava rodičov na vakcináciu ich dieťaťa je veľmi náročná časovo aj

argumentačne. Mať zaočkované dieťa je pre ZP výrazným prínosom, vzhľadom na jeho následnú zníženú chorobnosť. Zvýšenie platby za očkovanie výrazne zvýši motiváciu lekára dieťa zaočkovať aj „nepovinným“ očkovaním.

b) Evidovať neočkované deti v ZP prostredníctvom kódu MKCH - Z 28.1 – odmietnutie očkovania. Zdôvodnenie: ZP získa prehľad o neočkovaných deťoch u ktorých je možné predpokladať vyššie náklady na zdravotnú starostlivosť a súčasne žiadame ZP, aby informovali svojich poistencov o rizikách v prípade odmietnutie očkovania. RÚVZ síce dá rodičom pokutu ktorú zaplatia, ale tým sa na epidemiologickej situácii nič nezmení.

c) „Povinnú“ aj „nepovinnú“ vakcináciu evidovať pri vykazovaní výkonov ZP kódmi MKCH, aby ZP presne vedela ako má zaočkovaných svojich poistencov.

d) Navrhujeme aby ÚPSVaR SR vyplácal štátne dávky na dieťa v niekoľkých dávkach a ich vyplatenie podmieňoval absolvovaním preventívneho programu (zahŕňajúc aj očkovanie), ktorý je hradený pre ich deti z verejných zdrojov. V štátoch EÚ je to bežné.

7. U gynekológov vznikol problém so zazmluvnením nadmerného počtu ambulancií, ktoré nespĺňajú potrebné kritériá. Žiadame preto odzmluvniť gynekologické ambulancie so súbehom štátnej a neštátnej praxe a tiež tie, ktoré nespĺňajú stanovené kritéria pre zazmluvnenie (odborný zástupca 50% z ambulantných hodín v ambulancii, ambulancia otvorená 30 hodín v týždni, 5 dní v týždni, eventuálne 4 dni, ak 1 deň poskytuje zákroky svojim pacientkam v nemocnici), aby sa mohla zvýšiť efektívnosť poskytovania ambulantnej gynekologickej starostlivosti.

Za účelom detailnejšieho prerokovania problémov ambulantných poskytovateľov, z ktorých niektoré sme predložili v tomto materiáli vás žiadame o možnosť účasti zástupcov Zväzu ambulantných poskytovateľov na rokovaní Výboru NR SR pre zdravotníctvo.

S úctou,

Zväz ambulantných poskytovateľov

MUDr. Edita Hlavačková
Predseda predstavenstva

Mgr. Zdenko Seneši
Člen predstavenstva

MUDr. Soňa Ostrovská
Člen predstavenstva

Príloha: Návrh na nové hodnotiace kritériá/koefficienty efektivity pre VLD