



TLAČOVÁ SPRÁVA

Zväzu ambulantských poskytovateľov (ZAP)

k rokovaniu ambulantských poskytovateľov so zdravotnými poisťovňami a pohľadu ambulantských lekárov na súčasný stav slovenského zdravotníctva

Bratislava (28.6.2017)

Zväz ambulantských poskytovateľov predložil všetkým zdravotným poisťovňam (ZP), NR SR a MZ SR návrhy, ktoré sú zamerané najmä v prospech našich pacientov a súčasne 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. Týmto chceme rovnako upriamiť pozornosť zákonodarnej i výkonnej zložky štátu na aktuálnu situáciu ambulantského sektora, na akútne nedostatky a problémy spôsobujúce neefektivitu súčasného systému a zároveň, aby aj tieto skutočnosti boli zohľadnené pri príprave financovania štátu na nasledujúce obdobie.

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 hrať zdravotnú starostlivosť poskytovanú zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Verejné zdroje vznikajú na základe povinných odvodov poistencov a ich spravovanie je úlohou ZP. Toto uvádzame na margo toho, že sa pripravuje zákon, ktorý má zakazovať vyberať poplatky 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, kedy sa ho ZP rozhodnú, v rozpore so zákonom č. 577/2004 Z.z. 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 poslancov NR SR, aby prijali ďalšie regulácie, ktoré by donútili ZP uhrádzať zdravotnú starostlivosť v zmysle dnes platného zákona a zmenili svoje neefektívne správanie.

Ambulantní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti žiadajú, aby ZP zrušili finančné a bodové limity pre poskytovateľov a hradili rozsah zdravotnej starostlivosti stanovený zákonom. ZP nútia poskytovateľov uzatvárať 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 prípade, že ZP budú trvať na definovaní dohodnutého finančného alebo bodového objemu (limity), musia v zmluvách presne zadefinovať čo je hrazené z tohto dohodnutého finančného alebo bodového objemu a akú oprávnenú zdravotnú starostlivosť sa zaväzujú hrať aj nad dohodnutý objem. Je potrebné zdôrazniť, že očakávame, že ZP budú plne hrať reálne náklady poskytovanej starostlivosti tak, ako to určuje zákon a ako to vyžaduje starostlivosť o zdravie ľudí.

Dovoľte nám, aby sme vám predostreli niektoré konkrétne požiadavky za jednotlivé segmenty:

1. Zmeniť hodnotiace/motivačné kritériá.

Úplne zmeniť filozofiu „Náklady na pacienta, nie na lekára“.

Ide o to, aby bol lekár VLD 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. Naším cieľom je ochrániť zdravie pacientov, preto navrhujeme súčasné kritériá „efektivity“ 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 každoročné uvoľnenie zdrojov predpokladáme, že vo výške niekoľko sto miliónov €. Presun financií umožní zlepšenie kvality a dostupnosti starostlivosti a aj zvýšenie ceny práce v ambulantnom sektore, a tým plnenie odporúčaní WHO pre oblasť ľudských zdrojov zdravotníctva zhrnuté v jej najnovšom materiáli Workforce 2030. **Zvýšenie efektivity systému 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.**

2. **Žiadame navýšenie kapitácie** pre všeobecných lekárov pre deti a dorast (VLDD) vo vekovej skupine 1- 5 rokov o 50%, pre gynekológov o 40% a u všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) o 1 € mesačne, tj. navýšenie tejto platby o 12 € ročne. Ide o základnú platbu v primárnej starostlivosti, ktorá má pokryť všetky paušálne náklady ambulancií (investičné, prevádzkové a personálne).
3. **Žiadame navýšenie ceny výkonov** pre špecializované ambulancie o 14% vo VšZP a o 10% v Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. a Union zdravotná poisťovňa, a.s.. V personálnych nákladoch majú byť ambulancie kalkulované na úrovni nemocníc.
4. **Väčšia podpora očkovacieho programu u detí**, zvýšenie ceny bodu za vakcináciu o 50%, ktorá je v dnešnej dobe antivakcinačných kampaní veľmi náročná. Zabezpečiť účinnejšiu kontrolu očkovania štátom a zdravotnými poisťovňami.
5. Celkovo väčší dôraz na prevenciu. Veľká finančná rezerva je v tom, že na Slovensku je **stredná dĺžka života bez choroby 54 rokov a priemer tohto ukazovateľa v EÚ je 65 rokov**. Naši pacienti sú chorí o viac ako 10 rokov čo výrazne zvyšuje finančné náklady zdravotníctva

6. U **gynekológov** vznikol problém so zazmluvnením nadbytočného počtu ambulancií, v niektorých regiónoch, ktoré ani nespĺňajú potrebné kritériá stanovené VŠZP pre zazmluvnenie. Žiadame preto lepšie financovanie pre poskytovateľov, ktorí spĺňajú stanovené kritériá pre zazmluvnenie, aby sa mohla udržať kvalita a dostupnosť a zvýšiť efektívnosť poskytovania ambulantnej gynekologickej starostlivosti.

ZAP je pripravený okamžite začať spolupracovať so zdravotnými poisťovňami a ďalšími partnermi na predložených systémových zmenách a úprave zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti pre členov ZAP tak, aby bolo možné navrhované zmeny čím skôr zaviesť postupnými krokmi do praxe.

V rámci ekonomických regulácií sme identifikovali dva veľmi silné zdroje financií a to:

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 na priemer tohto ukazovateľa v EÚ, ktorý je 65 rokov.

V súčasnosti majú členovia ZAP platné cenové podmienky zmlúv vo VŠZP do 30.6.2017. K dohode o ich predĺžení od 1.7.2017 zatiaľ nedošlo. Ak nedôjde k dohode dokonca júna 2017, nasleduje tzv. 60-dňové dohodovacie konanie. V prípade nedohody ani v tomto termíne, je ZAP pripravený podať výpoveď s 1-mesačnou výpovednou dobou.

Čo sa týka Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s., ZAP na ostatnom rokovaní oznámil zástupcom Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s., že k 30.6.2017 vypovedá zmluvy pre svojich členov. Výpovedná doba je 3 mesiace.

S Union zdravotná poisťovňa, a.s. je ZAP v rokovaní o predložených návrhoch, ktoré sú rovnaké ako v ostatných zdravotných poisťovniach.

Podrobné informácie o všetkých našich návrhoch pre ZP a našu komunikáciu s MZSR a NRSR nájdete na www.zapsk.sk

Príloha:

1. Nové kritériá efektivity;
2. Náklady na pacienta, nie na lekára