



## 1. Pokračuje zjednocovanie VLD

Po integračnej XXXIII. konferencii pokračovali kontakty predstaviteľov všeobecných lekárov. V Žiline 24. 11. 2012 sa stretli predstavitelia skupiny dr. Nedelkovej (dr. Nedelková, dr. Marko,

dr. Cehulová, dr. Hrebe-nárová, dr. Jurgová, dr. Lipčák, dr. Rutkovský, dr. Vasilová) s výborom SSVPL SLS (dr. Vaverková, dr. Pekarovič, dr. Jandžíková, dr. Baník, dr. Herda, dr. Šiška) za účasti prezidenta SLS prof. P.Krištúfka a prezidenta SLK dr. M.Kollára. Ďalej sa zúčastnil dr. P. Lipták predseda sekcie VLD SLK a dr. P.Bakič člen revíznej komisie SSVPL SLS. Nová hlavná odborníčka dr. Monika Palušková pozdravila prítomných listom, vyjadrila veľkú podporu prebiehajúcej procesu zjednocovania síl VLD, ktorý je potrebný pre rast odboru a pre dosiahnutie úspechov pri rokovaní s MZ SR a zdravotnými poisťovňami. Stretnutie sa odohrávalo v korektnom pracovnom ovzduší.

Dr. Vaverková za výbor SSVPL SLS konštatovala, že súčasnú situáciu hodnotí pozitívne ako pokračujúcu integráciu VLD. Dr. Nedelková, dr. Vasilová, dr. Herbáček aj dr. Marko sú rešpektovanými členmi výboru SSVPL SLS, ktorý je existujúcou spoločnou platformou na riešenie akýchkoľvek vnútorných problémov v spoločnosti. Spájajú nás spoločné vonkajšie problémy, ktoré musíme naliehavo spoločne riešiť.

Takisto dr. Vasilová už na konsolidačnej konferencii vo svojom slávnostnom príhovore vyjadrila presvedčenie, že členovia spoločnosti sa nedelia, na liptákovcov, nedelkovcov či vaverkovcov, ale sú členovia jednej spoločnosti.

Prof. Krištúfek zdôraznil nevyhnutnosť rešpektovať zákonný rámec pri riešení vnútorných problémov v tomto prípade základným zákonným predpisom sú stanovy SSVPL SLS.

Dr. Marian Kollár prezentoval svoju veľkú podporu všeobecným lekárom a ocenil stretnutie ako úspešné zblížovanie stanovísk veľmi potrebné pre akcieschopnosť všeobecných lekárov v súčasnej zložitej situácii. Upozornil, že situácia v roku 2013 bude ešte komplikovanejšia a pre dosiahnutie plnenia našich cieľov je nevyhnutné zjednotiť sily nielen všeobecných lekárov ale celého lekárskeho stavu.

## 2. Musíme si uvedomiť všetky zložitosti vyplývajúce zo základného rámca rokovaní

### Je zákonitý, že po toľkých rokoch tzv. reforiem, sa stávame realistami

#### Reálne dnes situáciu pri rokovaní so ZP a s MZSR hodnotím takto:

Na jednej strane stola sú lekári, profesionáli vedomí si kvality, efektívnosti a spravodlivosti zdravotného systému založenom na primárnej starostlivosti. Naplníme potreby pacientov a ako ukázala aj XXXIII. konferencia máme podporu Svetovej zdravotníckej organizácie. Avšak na druhej strane stola ako keby sedeli predstavitelia zastupujúci skupiny, ktoré prišli do zdravotníctva zarábať na úkor poskytovateľov aj pacientov. Žiadne naše odporúčania ani odporúčania WHO nie sú im dosť dobré. Legalizácia biznisu v zdravotníctve a systematická delegácia a diskvalifikácia nielen primárnej starostlivosti, ale celej zdravotnej starostlivosti politikmi nás dostávajú do pozície, v ktorej sme nútení, my lekári, hrať pri liečení pacientov druhú husle. Je to paradox, veď lekár je podstatný prvok zdravotného systému, nositeľ liečenia. Zdravotníctvo podľa našej definície nie je prevodníkom verejných zdrojov na súkromné, ale má slúžiť na poskytovanie zdravotnej starostlivosti obyvateľstvu.

Na jednej strane stojí fungujúca zdravotná starostlivosť nepochybne aj s plne funkčnou primárnou zdravotnou starostlivosťou, na druhej strane sa tlačí trhový model riadenej zdravotnej starostlivosti síce s rozvojom medicínskych technológií, ale s úmyselným potláčaním podpory zdravia, prevencie, včasnej diagnostiky a včasnej liečby. A tak vzniká viac chorých aby sa na nich v procese trhovej medicíny mohlo viac zarobiť. Na jednej strane stoja zdravotné potreby obyvateľstva spoločne s lekármi, WHO, OECD a dnešným faktom limitovaných finančných zdrojov, ale na druhej strane víťazia záujmy domácich a globálnych finančných elít, MMF, Svetovej banky a Svetovej obchodnej organizácie (Správa WHO 2008, P. Mašková a P. Háva Spoločnosť pro sociální lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP 2009, OECD 2010).

Slovenské zdravotníctvo, napriek tomu, že v systéme je až priveľa zdrojov, funguje rok od roka horšie. Každý vidí, že situácia sa nezlepšuje ale sa, zdanlivo nepochopiteľne, neustále zhoršuje. Z povinných odvodov pacientov vznikajú verejné zdroje, ktoré každým rokom rastú ale slúžia na úhradu zdravotnej starostlivosti v stále menšej miere. Stále vo väčšej miere sa transformujú na privátne účely. Dnes tak každoročne zmizne už viac ako ich ¼ (Ekonomický ústav SAV, prof. Peter Staněk). Časť sa stráca v zisku, časť sa stráca tunelovaním, časť sa stráca úmyselne neefektívnym nastavovaním systému. Umelo sa vyvoláva nespokojnosť pacientov aby bolo možné zdôvodniť stále

menej štátu a stále viac tunelovania. Nie je to náhoda, ale je to cynický systém budovaný ako obchodný koncern, ktorého primárnou funkciou je vydojiť zo zdrojov verejného zdravotného poistenia maximálny diel pre podielnikov, ktorí ovládli štát a po tomto procese užívajú verejné zdroje ako svoj súkromný majetok. Vládnuca oligarchia ničí verejno-právny systém zdravotnej starostlivosti. Presadzuje svoje biznis záujmy celkom nepokryte pomocou lobisticky nadiktovaných zákonov. Zdravotníctvo sa mení k horšiemu a ako sa mení majetkové pozadie 150-tich poslancov slovenského parlamentu? Spojenie vlády SR a Penty pokračuje a predstavuje jednu z mafiánskych sietí, ktoré sa vynorili v Strednej a Východnej Európe počas postkomunistickej éry (Martin Danko Penta 2006, Peter Staněk 2012, Václav Umlauf – Umlaufoviny 2011, Gorila – priebežne a opakovane, Európska federácia lekárov FEMS 2011, Radičovej oligarchická demokracia 31.12.2012).

Fakt, že oni nie sú nekompetentní, ale že im ide iba o peniaze pacientov a nie o pacientov, si najprv musíme uvedomiť. Z tohto poznania môžeme načerpať toľko energie, aby sme to dokázali zmeniť. Potrebujeme zjednotenie lekárov a zjednotenie lekárov a pacientov. Spomeniete si ešte na Prešovskú výzvu a Iniciatívu „Všeobecní lekári za práva pacientov“? Ak poisťovne nebudú uhrádzať zdravotnú starostlivosť v potrebnom rozsahu, pacienti by im nemali odvádzať odvody a situácia by sa mala riešiť pokladničným systémom. Prioritou musí byť udržanie zabezpečenia financovania zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu.

**Z uvedených dôvodov sú rokovania so zdravotnými poisťovňami vždy veľmi zložitá a úsilie o dosiahnutie úspechu, alebo aspoň rozumného kompromisu, je pre rokovací tím vždy veľkou výzvou.**

### 3. Dnešný stav v rokovaniach so zdravotnými poisťovňami

Po dosiahnutí určitého navýšenia v prvom polroku 2012, ktoré reflektovalo na našu nespokojnosť, hlavnou úlohou pre prvý polrok 2013 sa ukázalo udržať doterajšie platby, nedovoliť ich zníženie na úroveň pred rokom 2012. Napriek veľkému úsiliu ZP vrátiť financovanie PZS späť sa podarilo zdravotnému výboru SLK ho udržať a možno aj mierne zlepšiť. V kapitácii došlo k navýšeniu iba u VLD a to o 5 centov iba u 81 ročných a starších, čo ale nepokryje ani 2% infláciu a v skutočnosti došlo

k plošnému zníženiu kapitácií (pozrite tabuľku 2). V prevencii sa podarilo navýšiť preventívny bod z 0,0312 € na 0,0350 €, čo môže znamenať navýšenie v prevenciách až o 10 - 12% a stimulovaním k zvýšenému obratu preventívnych činností aj viac. Poďakovanie patrí našim zástupcom v zdravotnom výbore SLK (P. Bakič a P. Makara). Teraz máme pol roka na ďalšiu konsolidáciu, spracovanie našich jednotných požiadaviek na financovanie primárnej starostlivosti. Je potrebné hneď od začiatku roka 2013 aby sme na tom začali pracovať, spresnili ich ale aj získali posledných váhajúcich s podpismi mandátnych zmlúv. Potrebujeme aktívny prístup každého všeobecného lekára. Potrebujeme vaše pripomienky a návrhy na riešenia. **Iba keď sa dáme všetci dokopy, tak nás a naše požiadavky budú musieť akceptovať i poisťovne!**

### 4. Súčasná požiadavka VLD

Predkladám členom sekcie VLD SLK na diskusiu návrh na spoločnú požiadavku VLD spracovanú na základe doterajšieho vývoja. Ako ukázala naša anketa na [www.vpl.sk](http://www.vpl.sk), 94 % všeobecných lekárov žiada od poisťovní iba pokrytie svojich prevádzkových nákladov, ktoré sú dnes pokryté iba na cca 60 %. Navýšenie až o 70-90 % našich súčasných platieb je úplne logická a legitímna požiadavka. Na výpočet prevádzkových nákladov máme k dispozícii auditovaný kalkulátor (na stiahnutie na našej web stránke).

#### A. Kapitácia

Definícia: Pomocou kalkulátora nákladov ambulancie vieme vypočítať celkové náklady ambulancie. Počítame so všetkými ekonomicky oprávnenými nákladmi potrebnými na chod ambulancie (investičné, prevádzkové, mzdové). Ak má fungovať ambulancia potom platby musia pokryť tieto náklady. Dnes cca 80% platieb v ambulancii VLD predstavuje kapitácia a 20% výkony nad rámec kapitácie a priame platby. **Kapitáciu dnes najjednoduchšie definujeme ako platbu pokrývajúcu 80% celkových nákladov ambulancie potrebných na jej prevádzku.**

V ČR bola situácia v kapitačných platbách v roku 2011 ako je uvedené v tabuľke 1 a aj preto neexistuje dôvod prečo by sme mali v SR akceptovať dnešné nedostatočné platby.

**Tabuľka 1 Kapitáčné platby v ČR v roku 2011 stanovené podľa indexu nákladov pre jednotlivé vekové skupiny poistencov:**

Veková skupina	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-99
Index nákladov	3,91	1,70	1,35	1,00	0,90	0,95	1,00	1,05	1,10	1,35	1,45	1,50	1,70	2,00	2,4	2,90	3,40
Kapitácia ČR 2011 €	7,73	3,36	2,67	1,98	1,78	1,88	1,98	2,06	2,18	2,67	2,87	2,97	3,36	3,96	4,94	5,74	6,72

**Tabuľka 2 Vývoj kapitačnej platby PZS v SR a návrh požiadavky od 7/2012:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Veková skupina	VŠZP 12 2011 €	VŠZP 1-6 2012 €	VŠZP 7-12 2012 €	Zvýšenie od 12 2011 %	VŠZP 1-6 2013 €	Reálne ceny 2013 so zohľadnením inflácie 2 % (pokles cien)	Reálny pokles cien od 12/2012 %	SR nákladové indexy podľa veku (prepočet indexov z ČR)	Požiadavka na kapitácie od 7/2013 €	Požiadavka na navýšenie od 7/2013 %
do 1	4,95	4,95	<b>5,73</b>	16	5,73	5,62	-1,92	<b>3,77</b>	<b>7,84</b>	<b>36,82</b>
1-5	3,45	3,45	<b>3,93</b>	14	3,93	3,85	-2,04	<b>3,03</b>	<b>6,30</b>	<b>60,30</b>
6-14	2,56	2,56	<b>2,92</b>	14	2,92	2,86	-2,05	<b>1,43</b>	<b>2,98</b>	<b>34,25</b>
15-18	1,78	1,78	<b>2,04</b>	15	2,04	2,00	-1,96	<b>1</b>	<b>2,08</b>	<b>1,96</b>
18	1,79	1,85	<b>2,04</b>	14	2,04	2,00	-1,96	<b>1</b>	<b>2,08</b>	<b>1,96</b>
19-40	1,66	1,72	<b>1,89</b>	14	1,89	1,85	-2,12	<b>1</b>	<b>2,08</b>	<b>10,05</b>
41-50	1,66	1,72	<b>1,89</b>	14	1,89	1,85	-2,12	<b>1,13</b>	<b>2,34</b>	<b>23,81</b>
51-60	1,83	1,89	<b>2,08</b>	14	2,08	2,04	-1,92	<b>1,35</b>	<b>2,81</b>	<b>35,10</b>
61-80	1,99	2,06	<b>2,31</b>	16	2,31	2,26	-2,17	<b>1,85</b>	<b>3,85</b>	<b>66,67</b>
od 81	2,06	2,13	<b>2,62</b>	27	2,67	2,62	0,00	<b>3,01</b>	<b>6,26</b>	<b>138,93</b>

**Komentár k tabuľke 2:**

**V stĺpci 6** su dnes platné kapitácie. Ako ukazuje **stĺpec 7 a 8**, ak započítame existujúcu infláciu 2% tak v skutočnosti došlo k zníženiu kapitačných platieb pod úroveň dohodnutú na minulý polrok. **V stĺpci 9** som prepočítal nákladové indexy používané pre výpočet kapitácie všeobecných lekárov v ČR na u nás používané rozdelenie na vekové skupiny. **V stĺpcoch 10 a 11** je návrh našej požiadavky. Základom je jednotková kapitácia u 18 ročných, ktorá bola 7-12/2012 2,04 €. Po jej zvýšení o infláciu 2 % v roku 2013 to predstavuje 2,08 €. Po prepočítaní indexom nákladov **v stĺpci 10** sú uvedené odpovedajúce kapitačné platby pre jednotlivé vekové skupiny. **V stĺpci 11** je potom požadované percentuálne navýšenie od 7/2013 oproti dnešnej situácii. Tento stĺpec je alarmujúci, ukazuje o koľko dostávame menej než odpovedá zabezpečeniu kvalitnej primárnej starostlivosti konkrétnej vekovej skupine pacientov. Ako vidieť z tabuľky, najlepšie sa dnes máme možnosť postarať o zdravých 18 ročných pacientov.

**B. Výkony uhrádzané nad rámec kapitácie**
**Tabuľka 3 Požiadavky na výkony uhrádzané nad rámec kapitácie**

	Výkon číslo/počet bodov	Výška úhrady €/bod	Výška úhrady za výkon €
1	Preventívne zdravotné výkony výkon 160/350 bodov (aj poisťenci EÚ)	0,050	17,50
2	Očkovanie (výkony 252b/70+4a/80, spolu 150 bodov)	0,035	5,25
3	Návštevy - výkony 25; 26; 29; 30;	-	10,00; 25,00; 35,00; 30,00;
4	Vyšetrenie CRP 4548/380 bodov	0,016	6,08
5	EKG preventívne + diagnostické 5702/550 bodov	0,010	5,50
6	TOKS výkony 159a; 159z; 159x;	-	6,04; 6,04; 3,02;

**Komentár k tabuľke 3:**

**Riadok 1 – výška preventívneho bodu** by mala odpovedať nenahraditeľnej úlohe prevencie pri znižovaní celkových nákladov v zdravotnom systéme, pre zlepšenie kvality života pacientov, predĺženie strednej dĺžky života bez choroby, predĺženie strednej dĺžky života absolútne a zmenšenie parametra PYLL (potenciálne stratené roky života). Sú to všetko významné ekonomické parametre a aby sme ušetrili finančné prostriedky je potrebné logicky zvýšiť hodnotu preventívneho bodu aspoň o 50 %.

**Riadok 2 – očkovanie** (ak očkovaciu vakcínu hradí zdravotná poisťovňa) je preventívny výkon, ktorý sa skladá z vyšetrenia pred očkovaním a zo samotného výkonu očkovania. Vieme predložiť dôkazy, že každé euro vložené do očkovania sa spoločnosti niekoľkonásobne vráti. Žiadame toto zohľadniť pri stanovení ceny za očkovanie.

**Riadok 3 – návštevy.** Prebieha diskusia o LSPP. Hovorí sa o jej skrátení do 22.00 hod. Alternatívou k LSPP je zlepšiť ohodnotenie návštevných služieb. Ak by každý všeobecný lekár urobil 1-2 návštevy svojich pacientov denne tak by LSPP stratila úplne zmysel.

Úplne by postačovala LSPP cez víkendy a sviatky od 8.00 do 18.00 hod. LSPP dnes poskytuje zásadne iba starostlivosť, ktorá má odkladný charakter. Určite pacienti s týmito diagnózami vydržia odklad od večera do rána. V prípade akútnych život ohrozujúcich stavov a úrazov je dostupná akútna pomoc cestou RZP. Žiadame pokryť finančne návštevnu službu v primárnej starostlivosti tak, aby boli pokryté všetky jej nákladové položky. Na pokrytie financovania lekárskech návštev všeobecných lekárov u ich pacientov sa nachádza dosť prostriedkov v dožívajúcom segmente LSPP.

**Riadok 4 – CRP.** Vyšetrenie CRP na mieste v ambulancii je kľúčom k znižovaniu zbytočnej antibiotickej liečby, čo predstavuje nemalé finančné úspory zdravotných poisťovní a predovšetkým to zvyšuje kvalitu liečby a bezpečnosť pacientov. Aby bolo možné realizovať [výnos MZ SR o materiálno - technickom vybavení ambulancií z roku 2008 zavádzajúci aj vybavenie ambulancií VLD aj prístrojom CRP](#), je najprv potrebné konečne stanoviť jeho úhradu zdravotnými poisťovňami a to vo výške prepočítanej podľa skutočných nákladov na jedno vyšetrenie t.j. cca 6 €.

**Riadok 5 – EKG.** EKG preventívne aj diagnostické má rovnaké náklady, diagnostické EKG má dokonca pre pacienta oveľa vyššiu cenu a od lekára vyžaduje vyššiu odbornú erudíciu. Je nelogické uhrádzať za diagnostické EKG menej ako za preventívne. EKG prístroje sú drahé a je potrebné sa v úhradách priblížiť reálnym cenám, tak aby si mohli všeobecní lekári svoje ambulancie dovoliť vybaviť kvalitnými prístrojmi.

**Riadok 6 – TOKS.** Toto vyšetrenie dnes odráža reálne náklady. Vo VŠZP dnes ale vyžadujú guajakový test tromi papierikmi, čo je už považované za obsolentné vyšetrenie a preferuje sa jedno vyšetrenie imunochemickým testom kvalitatívne alebo dokonca kvantitatívne stanovenie OKS.

Cena modernejších vyšetrení je porovnateľná a VŠZP by v definícii TOKS mala akceptovať súčasné trendy v prevencii KRCa.

Úhrada ďalších laboratórnych a prístrojových vyšetrení nad rámec kapitácie ako POCT vyšetrenia (glykémia, INR, HbA1c, mikroalbuminúria...), spirometria, holter TK, screening ankylo-brachiálneho indexu pomocou ABI-100 alebo USG Doppleru ciev DK a pod. a stanovenie kódov a úhrada osobitnej starostlivosti o chronických pacientov (diabetici, fajčiari, pacienti s obezitou...) nad rámec kapitácie by mala byť predmetom budúcich rokovaní.

### C. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované neregistrovaným poistencom, (nekapitovaní poistenci slovenských ZP, poistenci EÚ a bezdomovci)

Okruh osôb	Výška úhrady €/bod
neregistrovaní poistenci	0,040

Starostlivosť poskytnutá pacientovi neregistrovanému u poskytovateľa sa uhrádza na základe bodovania. Požiadavka na výšku bodu je nasledovná:

Nekapitovaní poistenci slovenských ZP, poistenci EÚ aj bezdomovci majú spoločné to, že sú to poistenci neregistrovaní. Náklady na ošetrovanie pacientov sú rovnaké, nech sa jedná o bezdomovca či poistenca EÚ. Pacienti by nemali byť diskriminovaní v prístupe k základnej t.j. primárnej starostlivosti.

Za týchto pacientov nedostávame kapitáciu, preto by výška bodu mala odpovedať reálnym nákladom na ošetrovanie(jednoduché vyšetrenie cca 10€, komplikovanejšie vyšetrenie cca 20€).

## 5. Makroekonomický rámec

V súčasnosti sa na celý segment primárnej starostlivosti (VLD 2,58% aj VLDD 1,55%) spotrebuje ročne 4,13% celkových zdrojov zdravotníctva t.j. cca 170 mil. €. V EÚ je objem zdrojov v rámci intersektorálneho členenia zdrojov 8-15% pre primárnu starostlivosť. V súčasnosti žiadame navýšenie zdrojov o cca 60% t.j. o cca 100 mil. € tak, aby sme dosiahli aspoň 7% z celkových zdrojov slovenského zdravotníctva.

Výdaje na LSPP (0,41% z celkových zdrojov) ročne predstavujú cca 20 mil. € a to je finančný objem, ktorý je dostatočnou rezervou pre úhradu nákladov návštevnej služby, t.j. toľko preferovanej komunitnej orientácie v primárnej starostlivosti.

Avšak kde vziať tých 100 mil. €? Komu zobrať? Pediatrom? Učiteľom? Špecialistom? Kňazom?

Odpoveď je jednoduchá. Efektivita slovenského zdravotníctva je dlhodobo na úrovni cca 65% (MUDr. Rudolf Zajac 2004, prof. Peter Staněk 2012) a nijako sa nemení. Z odvodov vyzbieraných od občanov sa minimálne 1,33 mld. € každoročne stráca v zisku ZP, premysleným tunelovaním zdrojov a úmyselne neefektívnym nastavovaním systému. Máme záujem o časť týchto peňazí a žiadame ZP a MZ SR, ktorí regulujú tieto procesy, aby potrebných 100 mil. € pre primárnu starostlivosť uvoľnili z týchto zdrojov.

MUDr. Peter Lipták  
predseda sekcie VLD SLK

**Kde sa strácajú peniaze občanov, ktoré odvádzajú v povinných odvodoch, keď zdravotné poisťovne nemajú ani na financovanie tej najzákladnejšej t.j. primárnej zdravotnej starostlivosti?**