II. riadny snem ZVLD SR o.z. Nižná, 03.05.2018

**STRATEGICKÝ RÁMEC VYJEDNÁVANIA so ZDRAVOTNÝMI POISŤOVŇAMI**

o podmienkach financovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti z verejných zdrojov

**I. PREAMBULA**

**1.1. ZVLD SR o.z.** je občianskou – mimovládnou názorovou platformou všeobecných lekárov pre dospelých, ktorí osobne poskytujú zdravotnú starostlivosť dospelým pacientom v prvom kontakte.

**1.2. Zmyslom** **tohto dokumentu je prehľadné a stručné stanovenie cieľov ZVLD SR o.z.,** týkajúcich sa financovania ambulancie všeobecného lekára pre dospelých, a to z hľadiska:

1.2.1. celkových príjmov poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti zo zdravotných poisťovní

1.2.2. vnútorného platobného mechanizmu financovania, teda spôsobu a účelu financovania

**1.3. Zmyslom tohto dokumentu je** praktická realizácia záverov vyvodených z verejne prístupných publikácií o verejnom zdravotníctve a organizácii verejnej zdravotnej starostlivosti, ako aj z údajov orgánov verejnej správy, najmä ústrednej štátnej správy a Štatistického úradu SR. Zmyslom tohto dokumentu nie je teoretická a/alebo akademická diskusia o dôvodoch prípadných názorových rozdielov, týkajúcich sa spôsobu financovania zdravotnej starostlivosti o dospelých prvého kontaktu medzi ZVLD SR o.z. a zdravotnými poisťovňami, prípadne medzi ZVLD SR o.z. a inými organizáciami a inštitúciami.

**1.4.** **Tento dokument je určený predovšetkým pre členov ZVLD SR o.z. a všeobecných lekárov** pre dospelých v Slovenskej republike a nenárokuje si na nespochybniteľnú platnosť uvádzaných názorov a riešení, ale má ambíciu osvedčiť sa ako väčšinový názor všeobecných lekárov na Slovensku, a ako nástroj merateľnej aktivity a výsledkov práce ZVLD SR o.z. v záujme členov ZVLD SR o.z. a v záujme všeobecného lekárstva na Slovensku, pričom v centre záujmu lekára je pacient na úrovni prvého kontaktu so systémom zdravotnej starostlivosti.

**II. VÝCHODISKÁ**

**2.1. transparentnosť** – znamená jednoduchosť a kontrolovateľnosť dohodnutého platobného mechanizmu a dohodnutých cien. Nežiaduce je najmä:

2.1.1. uplatňovanie väčšieho počtu korekčných mechanizmov pri výpočte ceny, ktoré sa prípadne navzájom sa prekrývajú, a/alebo uplatňovanie väčšieho počtu progresívnych a regresívnych koeficientov

2.1.2. odvodzovanie výsledku vnútorných procesov poskytovateľa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a stanovovanie ich ceny v závislosti na výsledku vonkajších procesov, na ktoré nemôže mať poskytovateľ vplyv

2.1.3. príkladom pre oba uvedené príklady nežiaducej praxe sú koeficienty efektivity, ktoré sú priebežne spochybňované stanovovaním prechodných období, v ktorých platí pre všetkých poskytovateľov rovnaká hodnota danej premennej

**2.2. dostupnosť** – znamená dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre pacienta v prvom kontakte so systémom zdravotnej starostlivosti. Dostupnosť v priestore a čase je kľúčovou premennou, ktorá charakterizuje medicínsku odôvodnenosť prvého kontaktu. Nežiaduce je najmä:

2.2.1. spochybňovanie nevyhnutnosti paušálnej úhrady (kapitácie) ako neoddeliteľnej súčasti platobného mechanizmu prvého kontaktu

2.2.2. spochybňovanie adekvátnej výšky paušálnej úhrady v záujme zabezpečenia financovania nevyhnutných personálnych a režijných nákladov ambulancie všeobecného lekárstva

**2.3. kvalita** – znamená spokojnosť pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v prvom kontakte v spojení s reziduálnymi nárokmi (dopytom) pacienta na poskytnutie následnej špecializovanej, alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti. Otázka kvality poskytovanej starostlivosti súvisí najmä s počtom vybavených dopytov pacientov za časovú jednotku v inverznej závislosti na trvaní vybavovania jednotlivého kontaktu. Potrebné je najmä:

2.3.1. zvýšiť celkový počet lekárskych a sesterských miest na ambulanciách všeobecných lekárov

2.3.2. zamerať pozornosť na psychosociálny aspekt zdravotnej starostlivosti v prvom kontakte

2.3.3. pri absencii legálneho a prakticky aplikovateľného katalógu výkonov s určením času a ceny výkonu je vhodné zamerať pozornosť zdravotnej poisťovne na kontrolnú činnosť týkajúcu sa času poskytovania jednotlivého výkonu zdravotnej starostlivosti v prvom kontakte

**III. CIELE**

**3.1. transparentnosť financovania** ambulancie všeobecného lekára zavedením jednoduchého platobného mechanizmu s využitím:

3.1.1. paušálnej (kapitačnej) úhrady

3.1.2. úhrady za výkon s rozdelením na úradu za výkonovú normu a bonifikovanú výkonovú platbu

**3.2. zvýšenie a udržanie celkového počtu lekárskych miest** na ambulanciách všeobecného lekárstva o 300 – 400 lekárov (a minimálne rovnaký počet sestier) v horizonte 5 rokov s využitím:

3.2.1. platobného mechanizmu (3.1.) ako základného nástroja

3.2.2. paušálnej úhrady za vytvorenie nového lekárskeho miesta (integrovaná ambulancia)

3.2.3. plynulej generačnej výmeny na lekárskych miestach VLD (pošpecializačný program)

**3.3. zabezpečenie organizačnej a ekonomickej nezávislosti prvého kontaktu** ako základného kameňa v systéme zdravotnej starostlivosti od štruktúry a vlastníckych vzťahov v následnej špecializovanej a ústavnej zdravotnej starostlivsti v záujme predchádzania možným problémom s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti

**3.4. zvýšenie medicínskej efektivity** **prvého kontaktu** racionalizáciou jeho vnútornej ekonomiky v spojení s optimalizáciou dostupnosti zdravotnej starostlivosti (integrovaná ambulancia)

**3.5. optimalizácia miestnej a časovej dostupnosti prvého kontaktu** a optimalizácia logistiky pohybu pacienta v systéme zdravotnej starostlivosti v rámci prvého kontaktu pacienta so systémom zdravotnej starostlivosti (integrovaná ambulancia, telemedicína – MAIA MD)

**IV. NÁSTROJE**

**4.1. stanovenie optimálneho počtu kapitovaných pacientov** ambulancie všeobecného lekára s 1 lekárom a 1 sestrou (alebo zdravotníckou asistentkou/asistentom) – stanoví sa arbitrárne rozhodnutím snemu, alebo správnej rady ZVLD SR o.z., ako referenčné kritérium pre stanovenie dohodou so zdravotnou poisťovňou

(ilustračne 1.600 pacientov)

**4.2. stanovenie minimálneho celkového príjmu ambulancie** všeobecného lekára s 1 lekárom a 1 sestrou (alebo zdravotníckou asistentkou/asistentom) a **maximálneho pomeru výkonovej a kapitačnej platby** – stanoví sa arbitrárne rozhodnutím snemu, alebo správnej rady ZVLD SR o.z., ako referenčné kritérium pre stanovenie dohodou so zdravotnou poisťovňou

**4.3. stanovenie priemernej výšky kapitačnej platby** (vekové kategórie sa pripúšťajú) na jedného pacienta – navrhovaná cena sa stanovuje arbitrárne rozhodnutím snemu, alebo správnej rady ZVLD SR o.z., ako referenčné kritérium pre stanovenie dohodou so zdravotnou poisťovňou

(ilustračne 3,- EUR → 3 x 1.600 = 4.800,-EUR)

**4.4. stanovenie rozsahu úhrady za výkon** na ambulancii všeobecného lekára (preventívna starostlivosť, kompetencie ambulancie všeobecného lekára, telemedicína – MAIA MD) – stanoví sa dohodou so zdravotnou poisťovňou

**4.5. stanovenie ceny bodu** a ceny výkonov mimo bodových hodnotení výkonov v súlade s premennými stanovenými v bodoch 4.1.- 4.3. a to **v závislosti na celkovom objeme maximálneho výkonu prepočítaného na jedného pacienta** v podmienkach ambulancie všeobecného lekára s optimálnym počtom pacientov (1.600) – stanoví sa dohodou so zdravotnou poisťovňou

**4.6. výkonová norma a bonifikovaná výkonová platba** – stanoví sa dohodou so zdravotnou poisťovňou, a to z hľadiska:

4.6.1. pomeru výkonovej a kapitačnej platby v súlade s bodom 4.2.

4.6.2. pomeru výkonovej normy a výkonovej bonifikácie

4.6.3. výšky výkonovej bonifikácie (bonifikácia ako 2-násobok ceny normy)

Grafická ilustrácia 4.2, 4.6 – maximálny pomer výkonovej a kapitačnej platby, celkový príjem ambulancie všeobecného lekára s 1 lekárom a 1 sestrou, výkonová norma a bonifikovaná výkonová platba:

|  |
| --- |
|  **celkový príjem ambulancie všeobecného lekára s 1 lekárom a 1 sestrou ( 1.600 pacientov)**  |
|  **65% = K** |  20% = **N** |  15% x 2 = **B** |
|  4.800,-EUR | 1.477,-EUR | 1.108x2 = 2.216,-EUR |
|  **spolu za kapitáciu a výkon 8.493,-EUR** |  spolu za výkony 3.693,-EUR = úhrada |
|  **35% za výkony** = na 1 pacienta pripdá **1,62** EUR  | skutočný objem výkonov | 2.585,-EUR |

65% kapitácia= K (platba za výkon je 35%)

20% výkonová norma = N

15% bonifikovaná výkonová platba = B, ktorá je násobená číslom 2 (viz. 4.6.3)

**Pri takto nastavených premenných (K, N, B) vyplýva dohodnutý výkonovo-kapitačný pomer 23,5% - to je hranica od ktorej sa výkon bonifikuje súčiniteľom 2,0.** ( výpočet výkonovo-kapitačného pomeru: 20% / (65+20)% = 23,5%)

**4.7. porovnanie nastavenia premenných K, N, B**

1. Optimum?

|  |
| --- |
|  **celkový príjem ambulancie všeobecného lekára**  |
|  65% = K |  20% = N |  15% x 2 = B |

2. nevýhodné pre VLD !

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  55% = K |  35% = N |  10% x 2 = B |

Zvyšovaním hodnoty N sa zvyšuje výkonovo-kapitačný pomer, ako hranica na bonifikáciu výkonov nad touto hodnotou. V tomto príklade sa súšasne redukoval absolútny objem úhrady za kapitáciu a objem bonifikovaných výkonov, čo ešte výraznejšie znevýhodňuje pozícu VLD.

3. výhodné pre VLD ☺

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  70% = K | 15% = N |  15% x 2 = B |

Znižovaním nodnoty N sa zvyšuje absolútny objem kapitácie a znižuje sa výkonovo-kapitačný pomer,

čím sa sprístupňuje objem bonifikovanej kapitácie za nižší výkon. V tomto príklade sa absolútny objem bonifikovanej kapitácie nezmenil.

**Príklad č. 1.**

**Výpočet pohľadávok za zdravotnú starostlivosť v prípade „nášho optimálneho“ nastavenia (K=65, N=20, B=15, 1.600 pac.), ak lekár využíva výkonový objem na 100% možného:**

PZS má 1.600 pacientov a kapitáciu ................................................................................................................................ 4.800,-EUR

PZS realizoval výkony za .................................................................................................................................................. 2.585,-EUR

Zmluvne dohodnutá hranica výkonovo-kapitačného pomeru, od ktorej sa úhrada za výkon bonifikuje súčiniteľom 2,0 ...... 23,5%

**Krok č.1:** výpočet dosiahnutého výkonovo-kapitačného pomeru: 2.585 / (2.585 + 4.800) = 0,35

**Krok č.2:** výpočet objemu úhrady do 23,5% výkonovo-kapitačného pomeru: [4.800/(100 – 23,5)] x 100 = 6.275,-EUR

**Krok č.3:** výpočet bonifikovaného objemu: (4.800 + 2.585) – 6.275 = 1.110,-EUR

**Krok č.4:** výpočet výslednej úhrady poisťovne: 6.275 + (2 x 1.110) = **8.495,-EUR**

**Príklad č. 2.**

**Výpočet pohľadávok za zdravotnú starostlivosť v prípade NEVÝHODNÉHO nastavenia (K=55, N=35, B=10, 1.600 pac. so zachovaním celkového príjmu na ambulanciu** 7.385 = 4.800 + 2.585 = 4.062 + 3.323**), ak lekár využíva výkonový objem na 100% možného:**

PZS má 1.600 pacientov a kapitáciu ................................................................................................................................ 4.062,-EUR

PZS realizoval výkony za .................................................................................................................................................. 3.323,-EUR

Zmluvne dohodnutá hranica výkonovo-kapitačného pomeru, od ktorej sa úhrada za výkon bonifikuje súčiniteľom 2,0 ...... 39,0%

**Krok č.1:** výpočet dosiahnutého výkonovo-kapitačného pomeru: 3.323 / (4.062 + 3.323) = 0,45

**Krok č.2:** výpočet objemu úhrady do 39% výkonovo-kapitačného pomeru: [4.062/(100 – 39)] x 100 = 6.659,-EUR

**Krok č.3:** výpočet bonifikovaného objemu: (4.062 + 3.323) – 6.659 = 726,-EUR

**Krok č.4:** výpočet výslednej úhrady poisťovne: 6.659 + (2 x 726) = **8.111,-EUR**

**Príklad č. 3.**

**Výpočet pohľadávok za zdravotnú starostlivosť v prípade VÝHODNÉHO nastavenia (K=70, N=15, B=15, 1.600 pac. so zachovaním celkového príjmu na ambulanciu** 7.385 = 4.800 + 2.585 = 5.169 + 2.216**), ak lekár využíva výkonový objem na 80% možného:**

PZS má 1.600 pacientov a kapitáciu ................................................................................................................................ 5.169,-EUR

PZS realizoval výkony za .............................................................................................................................. 2.216 x 0,8 = 1.773,-EUR

Zmluvne dohodnutá hranica výkonovo-kapitačného pomeru, od ktorej sa úhrada za výkon bonifikuje súčiniteľom 2,0 ...... 18,0%

**Krok č.1:** výpočet dosiahnutého výkonovo-kapitačného pomeru: 2.216 x 0,8 / (5.169 + 2.216) = 0,24

**Krok č.2:** výpočet objemu úhrady do 18% výkonovo-kapitačného pomeru: [5.169 /(100 – 18)] x 100 = 6.304,-EUR

**Krok č.3:** výpočet bonifikovaného objemu: (5.169 + 2.216 x 0,8) – 6.304 = 638,-EUR

**Krok č.4:** výpočet výslednej úhrady poisťovne: 6.304 + (2 x 638) = **7.580,-EUR**

**Príklad č.4.**

 **– keby lekár v príklade č.3,pracoval na 100%.**

**Krok č.3:** výpočet bonifikovaného objemu: (5.169 + 2.216) – 6.304 = 1.081,-EUR

**Krok č.4:** výpočet výslednej úhrady poisťovne: 6.304 + (2 x 1.081) = **8.466,-EUR**

**POZNÁMKA:** Je potrebné si všimnúť, že v prípade „optimálneho“ nastavenia je výnos ambulancie lepší, ako v prípade „výhodného nastavenia, ak ambulancia pracuje na 100%. Lekár má za lepšiu kapitáciu isté peniaze, ale menej peňazí. Kľúčové je navýšenie objemu výkonovej bonifikácie.

**Príklad č.5.**

 **– keď sa nedosiahne zmluvne dohodnutá hranica výkonovo-kapitačného pomeru, od ktorej sa úhrada za výkon bonifikuje.**

PZS má 2.200 pacientov a kapitáciu ................................................................................................................................ 6.600,-EUR

PZS realizoval výkony za .................................................................................................................................................. 1.400,-EUR

Zmluvne dohodnutá hranica výkonovo-kapitačného pomeru, od ktorej sa úhrada za výkon bonifikuje................................ 20,0%

**Krok č.1:** výpočet dosiahnutého výkonovo-kapitačného pomeru: 1.400 / 8.000 = 0,175

**Krok č.2:** nebol dosiahnutý dohodnutý výkonovo-kapitačný pomer pre výkonovú bonifikáciu, preto výsledná úhrada poisťovne je: 6.600 + 1.400 = 8.000,-EUR

**4.8. stanovenie dodatkovej paušálnej úhrady** (kapitačnej platby) ambulancie všeobecného lekára s 2 lekármi a najmenej 2 sestrami (alebo zdravotníckymi asistentmi) – stanoví sa dohodou so zdravotnou poisťovňou (integrovaná ambulancia)

**V. ZÁVER**

**5.1. ZVLD SR o.z. bude presadzovať** tento strategicky formulovaný spôsob platobného mechanizmu pre ambulancie VLD, ktoré sú samostatným segmentom ambulantnej zdravotnej starostlivosti, v záujme transparentného vynakladania verejných zdrojov na zdravotnú starostlivosť.

**5.2. v čase do dosiahnutia zhody so zdravotnými poisťovňami** na akceptácii predkladaného platobného mechanizmu, ho budeme pri rokovaniach so zdravotnými poisťovňami aplikovať ako referenčný spôsob financovania prvého kontaktu z verejných zdrojov z pohľadu dosahovania konkrétnej výšky príjmov za poskytovanú zdravotnú starostlivosť.

5.3. ZVLD SR o.z. sa od svojho vzniku definuje ako jediné záujmové združenie VLD, ktoré je sústredené výlučne na vyjednávanie o zmluvných podmienkach úhrad VLD za zdravotnú starostlivosť v zdravotných poisťovniach a iných organizáciách, ktoré v zmluvnom vzťahu s VLD financuj svoj dopyt po službách VLD súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou z verejných zdrojov.

**5.4. ZVLD SR o.z. sa týmto dokumentom zreteľne vymedzuje voči iným organizáciám zastupujúcim VLD v zmluvných vzťahoch so zdravotnými poisťovňami a zdôrazňuje, že vrstvenie kompromisov medzi jednotlivými segmentmi zdravotnej starostlivosti v priebehu vyjednávania zmluvných podmienok poškodzuje záujem VLD na čo najlepšom výsledku zmluvných dojednaní.**