Združenie všeobecných lekárov pre dospelých Slovenskej republiky

**Komentár k predkladanej správe:**

**Spoločná správa Svetovej banky a Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR**

o posilnení postavenia a kompetencií neurgentnej zdravotnej starostlivosti pre dospelýchposkytovanej v prvom kontakte pacienta so systémom zdravotnej starostlivosti

V Poprade, 22.10.2018

Potvrdzujeme zhodu k navrhovaným opatreniam podľa predkladaného materiálu IZP MZ SR:

|  |
| --- |
| **Krátkodobé opatrenia** |
| účasť reprezentácie VLD na novej koncepcii odboru všeobecného lekárstva |
| **nová koncepcia odboru všeobecného lekárstva** so stanovením nových kompetencií VLD |
| revízia efektivity preventívnej starostlivosti a podpory zdravia v prvom kontakte a identifikácia opatrení na zvýšenie efektivity |
| vymedzenie  intersegmentálnej koordinácie (VAS / ŠAS / ústavná starostlivosť) |
| **úhradová vyhláška / zákonný nárok** na úhradu za výkon stanovených kompetencií VLD |
| **úhradová vyhláška / zákonný nárok** na kapitačnú platbu a dodatkovú kapitáciu (komplexnosť, efektivita) |
| stanovenie minimálneho technického vybavenia ambulancie VLD |
| zváženie preskripčného práva VLD? ( ŠAS len odporúča? / výlučne ŠAS u disenzarizovaných?) |
| definícia kompetencií sestier a prvého kontaktu a iných zdravotníckych profesionálov, včítane programu ich vzdelávania |
| vyriešenie plynulej generačnej výmeny VLD a doplnenia počtu lekárskych miest VLD v segmente **(adaptácia pošpecializačného programu ZVLD SR)** |
| stanovenie novej minimálnej a optimálnej siete prvého kontaktu s dôrazom na zodpovedajúce personálne zabezpečenie rozvoja všeobecného lekárstva |
| **Strednodobé opatrenia** |
| riadenie a organizácia zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu v pôsobnosti osobitnej organizačnej zložky MZ SR |
| **legislatívne zakotvenie osobitného postavenia a funkcie prvého kontaktu v systéme zdravotnej starostlivosti** včítane gate-keeping funkcie riadenia dostupnosti následnej starostlivosti |
| legislatívne zakotvenie a údržba postupov poskytovania zdravotnej starostlivosti v prvom kontakte |
| rozšírenie a posilnenie praktickej výučby všeobecného lekárstva na lekárskych fakultách |
| **horizontálna integrácia zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu na** **báze pošpecializač-ného programu ZVLD SR** (plynulá generačná výmena, dostupnosť a komplexnosť zdravot-nej starostlivosti prvého kontaktu)  **centrá integrovanej zdravotnej starostlivosti s dôrazom na vertikálnu integráciu** (následná špecializovaná a ústavná starostlivosť - koordinácia, kontinuita, komplexnosť) |

(uznesenie správnej rady ZVLD SR o.z. č.3 / 05.10.2018)

**POZNÁMKY:**

**Zdravotná starostlivosť sa začína prvým kontaktom.**

Zdravotná starostlivosť o občana sa vždy začína prvým kontaktom pacienta so systémom zdravotnej starostlivosti, a to z podstatnej časti v neurgentnom režime. V ambulanciách všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) je za približne 2,5% podiel z celkových verejných zdrojov vynakladaných na zdravotnú starostlivosť v SR, poskytovaná najlacnejšia zdravotná starostlivosť čo do počtu vybavených pacientov, ktorá v najvýznamnejšej miere saturuje neustále rastúci dopyt po zdravotnej starostlivosti súvisiaci najmä so starnutím populácie, špecifikami starostlivosti o pacientov z takzvaných „znevýhodnených skupín“ a konzumne zameranými subjektívnymi očakávaniami pacientov ako spotrebiteľov služby.

**Cielená zdravotná starostlivosť.**

Rastúci dopyt po zdravotnej starostlivosti má za následok trvalý rast celospoločenských nákladov v zdravotno-sociálnej oblasti a za preukázateľný nástroj znižovania rastu verejných výdavkov na zdravotnú starostlivosť sa z celoeurópskeho pohľadu považuje zdravotná starostlivosť zameraná v primeranom rozsahu na preventívnu starostlivosť a starostlivosť o včasnejšie štádiá chronických ochorení poskytovanú na úrovni neurgentného prvého kontaktu – na Slovensku na ambulanciách VLD.

**Konkrétny obsah a vymedzenie kompetencií.**

Rozšírenie  kompetencií VLD znamená určenie ich konkrétneho obsahu s opisom jednotlivých postupov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a systému, ktorý kvantifikuje jej poskytnutý objem – zoznam výkonov. S určením obsahu kompetencií je nutné určiť aj ich presné medziodborové vymedzenie za účelom vylúčenia kompetenčných sporov s poskytovateľmi špecializovanej ambulantnej, ako aj poskytovateľmi ústavnej starostlivosti. Systémové vylúčenie prekrývania sa kompetencií má zamedziť plytvanie s disponibilnými zdrojmi.

**Dostupnosť kompetentnej zdravotnej starostlivosti.**

Z hľadiska celkového množstva pacientov vybavených na úrovni neurgentného prvého kontaktu je zrejmé, že jeho medicínsky význam je v jeho dostupnosti, a to ako z hľadiska miestnej, tak aj z hľadiska časovej. Ak je centrom nášho záujmu systémové určenie kompetencií VLD, z pohľadu pacienta to je dostupnosť. Určujúcou premennou dostupnosti sú kapacitné možnosti poskytnutia zdravotnej starostlivosti v danom čase a na danom mieste.

**Kto poskytne kompetentnú starostlivosť na ambulancii VLD?**

Na Slovensku je v súčasnosti extrémny nedostatok všeobecných lekárov v pomere k ambulantným špecialistom, ak sa porovnáme s krajinami OECD, alebo s krajinami EU. Pri súčasne vysokom počte kontaktov pacienta so zdravotnou starostlivosťou (návštev u lekára) je takmer isté, že ide o systémové zlyhanie nesprávne nastavenej organizácie ambulantnej starostlivosti. Navyše vekový priemer pracujúcich VLD je ďalším bezprostredným ohrozením dostupnosti a plynulosti zdravotnej starostlivosti.

**KĽÚČOVÉ VÝCHODISKÁ:**

1. nespokojnosť slovenských pacientov – najmä dlhé čakacie doby a zlá dostupnosť zdravotnej starostlivosti

2. nedostačujúci počet lekárov a stredného zdravotníckeho personálu spolu s jeho nedosta- točnou obnovou (významne menej VLD na Slovensku v porovnaní s európskym priemerom)

3. nepriaznivé demografické údaje chorobnosti a úmrtnosti v európskom porovnávaní

4. nedostatočne definované postavenie (kompetencie) segmentu VLD v systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku a chýbajúca stratégia rozvoja (smerovania) zdravotnej starostlivosti

5. nedostačujúce financovanie so spornou efektivitou vynakladaných finančných prostriedkov

6. zlyhávanie kontinuity a koordinácie poskytovanej zdravotnej starostlivosti (VAS / ŠAS / ústavná starostlivosť)

**KĽÚČOVÉ CIELE:**

Korekcia ukazovateľov neefektívneho nastavenia zdravotného systému a kontrola nárastu výdavkov na zdravotnú starostlivosť.

**KĽÚČOVÉ NÁSTROJE:**

**1.** **nová koncepcia odboru všeobecného lekárstva:**

1.1. základný kameň v systéme zdravotnej starostlivosti s odkazom na preventívnu starostlivosť a výkon gate keeping funkcie

1.2. zoznamy chrakteristík = kompetencií, ktoré definujú starostlivosť na úrovni neurgentného prvého kontaktu:

1.2.1. výkony povinne hradené zdravotnými poisťovňami

1.2.2. diagnostické a terapeutické postupy

1.2.3. technické a personálne vybavenie

1.3. aktualizácia a údržba zoznamov

1.4. systém kontroly kvality a vzdelávania

**2.** **stanovenie minimálnej siete ambulancií VLD = počet pacientov na 1 lekárske miesto VLD**

**3.** **legislatívne zakotvenie úhradového mechanizmu:**

3.1. stanovenie spôsobu výpočtu výkonnostnej zložky paušálnej úhrady

3.2 stanovenie minimálnej ceny výkonov a fixnej zložky paušálnej úhrady

**KĽÚČOVÉ OPATRENIA:**

1. zvýšenie celkového počtu lekárskych miest všeobecných lekárov na Slovensku so zvýšením počtu sestier, resp. „tímov prvého kontaktu“ a zodpovedajúcim dofinancovaním segmentu

2. zabezpečenie prirodzenej generačnej výmeny všeobecných lekárov

3. zabezpečenie financovania prvého kontaktu zavedením osobitnej dane/odvodu?

4. horizontálna integrácia jednotlivých VLD s cieľom zvýšenia ekonomickej aj medicínskej efektivity poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v prvom kontakte

5. zabezpečenie odolnosti organizácie neurgentného prvého kontaktu voči nežiaducim (politickým) zásahom do systému zdravotnej starostlivosti ako celku:

5.1. priama riadiaca a/alebo organizačná pôsobnosť MZSR, VÚC, obcí?

5.2. vylúčenie súkromného podnikania a/alebo veľkokapitálového vlastníctva poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v prvom kontakte za účelom zabezpečenia mocenskej prevahy pri presadzovaní verejného záujmu zameraného na zvýšenie medicínskej efektivity zdravotného systému pred záujmom výnosu z investícií do podnikania so zdravotnou starostlivosťou?

**INÉ NÁVRHY:**

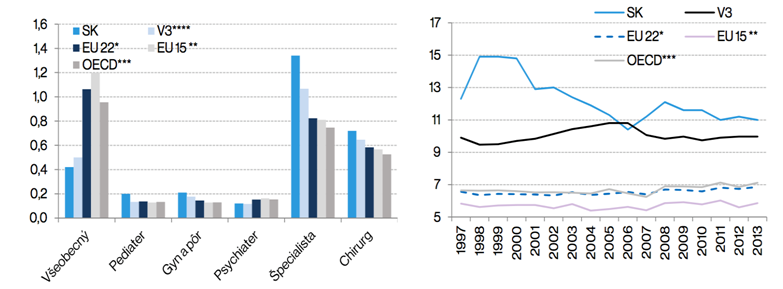
1. kontrola kvality pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti založená predovšetkým na funkcii (certifikovaného) ambulantného informačného softvéru, ktorý pri vykazovaní jednotlivých výkonov a/alebo diagnóz podmieňuje vykázanie týchto výkonov a/alebo diagnóz dodržaním štandardizovaných postupov.

2. opatrenia na integráciu prvého kontaktu v zmysle zlučovania existujúcich lekárskych praxí VLD, podpory zamestnávania absolventov rezidentského programu a podpory zvyšovania záujmu mladých lekárov o špecializáciu v odbore všeobecné lekárstvo, je možné realizovať zavedením „príplatku za integráciu“ navrhovanom v pošpecialzačnom programe ZVLD SR o.z.

3. zavedenie „príplatku za integráciu“ podľa predošlého bodu by bolo súčasne opatrením na zabezpečenie prirodzenej generačnej výmeny všeobecných lekárov.

**PRÍLOHY:**

**1. Graf: 1.** Profesijná štruktúra lekárov na 1.000 obyvateľov (2007) **Graf: 2.** Počet návštev u lekára (na obyvateľa)

****

**2. návrh na financovania ambulancie VLD – výpočet paušálnej úhrady a zoznam výkonov**

**3. návrh príplatku za integráciu - pošpecializačný program ZVLD SR o.z.**

**NÁVRH NA FINANCOVANIE AMBULANCIE VLD**

**alternatíva č.1**

**Príloha č.2** – stanovisko k spoločnej správe Svetovej banky a Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR o posilnení postavenia a kompetencií neurgentnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých poskytovanej v prvom kontakte pacienta so systémom zdravotnej starostlivosti

**ZHRNUTIE:**

**kľúčové slová:**

financovanie všeobecných lekárov pre dospelých (VLD)

kapitačná platba

platba za výkony

Dokumenty z ktorých sme vychádzali :

1. UDZS: Vestník číslo 11/2018

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2017

1. Zmluvy PZS združených v ZVLD SR s poisťovňami
2. Prínos všeobecného praktického lekárstva pre zlepšovanie zdravotných systémov
3. Svetové zdravotnícke systémy
4. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians>
5. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264283541-en.pdf?expires=1539625586&id=id&accname=guest&checksum=815289616613D497DC6DCCEA30167B06>
6. <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016/summary/slovak_3d4f2292-sk#page1>

Dostupné fakty:

1. Krajiny s podobným spôsobom financovania zdravotníctva a podobnou organizáciou zdravotníctva.

* Financovanie systému zabezpečenia zdravotnej starostlivosti na Slovensku vychádza zo Semaškovho modelu aplikovaného v postkomunistických krajinách so zapracovanými prvkami Bismarckovho modelu a Modelu národného zdravotného poistenia. Medzi systémy v ktorých je financovanie a organizácia zabezpečenia zdravotnej starostlivosti podobná zabezpečeniu v Slovenskej republike patria: Česká republika, Austrália, Taiwan, Singapur, Kanada
* V spomenutých krajinách je percento z celkových ekonomických zdrojov vyčlenených pre segment primárnej starostlivosti pre dospelých:

|  |  |
| --- | --- |
| Česká republika | 4,62% |
| Austrália | 12,74% |
| Taiwan | 9,82% |
| Singapúr | 10,02% |
| Kanada | 13,03% |
| Slovensko / Všeob. ZP - r. 2017 | 3,13% |
| Slovensko / Dôvera - r. 2017 | 2,93% |
| Slovensko/ Union - r. 2017 | 3,51% |
| Slovensko/ Celkovo | 3,10% |

Rozdiely v súboroch poskytovaných služieb:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Slovensko | Ostatné krajiny |
| Primárne výkony | áno | Áno |
| Pohotovostná služba | áno | Nie: CAN,SGP, čiastočne: TW |
| Paliatívna starostlivosť | čiastočne | Čiastočne: ČR, CAN, AUS inak nie |
| Urgentná zdr. starost. | nie | Čiastočne: CAN,SGP,AUS,TW |
| Manažment pacienta | čiastočne | Čiastočne: ČR, SGP, TW  Komplexnejšie: CAN, AUS |
| Prepojenie s ošetrovateľskou a soc. starostlivosťou | čiastočne | Čiastočne: ČR, Inak komplexnejšie prepojenie |

Počet praktických lekárov pre dospelých na 100 000 obyv.

|  |  |
| --- | --- |
| Česká republika | 70,1 – celkovo 19% |
| Austrália | 106,4 – celkovo 31,2% |
| Taiwan | 103,1 |
| Singapúr | 109,4 |
| Kanada | 113,2 – celkovo 33,5% |
| Slovensko / Všeob. ZP - r. 2017 | 1703 zazmluvnených VLD celkovo |
| Slovensko / Dôvera - r. 2017 | 1738 zazmluvnených VLD celkovo |
| Slovensko/ Union - r. 2017 | 1684 zazmluvnených VLD celkovo |
| Slovensko/ Celkovo | 38,77 /100.000 – celkovo 10,96% |

**Koncept financovania:**

**CP = Kapitácia + Prevencia + Výkony + Bonusy**

**CP – celková platba na ambulanciu**

1. Základný pomer pri aktuálnom hlbokom nedostatku VLD lekárov/miest.

Kapitácia vs. (prevencia + výkony + bonusy) **– 70% vs. 30%**

* Minimálne 70% v prospech kapitácie.

Prečo práve takýto pomer?

* Pri výraznom poddimenzovaní počtu praktických lekárov je tento minimálny pomer kľúčový pre **zabezpečenie primárnej zdravotnej starostlivosti.** Pri nižšom percente v prospech kapitácie hrozí vysoké riziko kolapsu primárnej zdravotnej starostlivosti z kapacitných dôvodov (nedostatok lekárov primárnej starostlivosti, tlak na výkonovú zložku a zhoršenie preventívnosti v ktorej je primárna sféra nezastupiteľná, a pod.). Tieto predpokladateľné skutočnosti môžu vytvoriť neúmerný tlak na sieť špecialistov a hlavne systém nemocníc. Hlavným dôvodom tlaku je nedostupnosť primárnej zdravotnej starostlivosti a tým nedostupnosť ošetrenia pri ochoreniach, ktoré sú vo výsostnej kompetencii primárnej zdravotnej starostlivosti.
* Na druhej strane si uvedomujeme nutnosť rozširovania našich výkonov z dôvodu tlaku doby a výrazného rozširovania medicínskych poznatkov. V tejto súvislosti si tiež uvedomuje nutnosť nášho prosystemového, prospoločenského a proekonomického pôsobenia.

Práve z vyššie spomenutých dôvodov a v súvislosti s porovnaním sa s podobne financovanými a vnútorne organizovanými zdravotníckymi systémami, máme za to, že je potrebné:

* vytvorenie novej koncepcie všeobecného lekárstva na Slovensku
* navýšenie počtu lekárskych miest primárneho kontaktu
* dofinancovanie primárnej zdravotnej starostlivosti
* precízne naprogramovanie rozšírenia kompetencií, práve z kapacitných dôvodov primárneho kontaktu v Slovenskej republike

V súvislosti s riešením financovania považujeme **za kľúčové zachovanie vyššie spomenutého pomeru:**

**Kapitácia 70% : výkonová zložka 30%.**

Zachovanie tohoto pomeru považujeme za kľúčové aj pri nastavení mechanizmu financovania.

Vytvára priestor na:

- spravodlivé ohodnotenie

- prosystémové a prospoločenské opatrenia

- podporu efektivity systému zabezpečenia zdravotnej starostlivosti

Z dôvodu prioritného postavenia primárnej sféry prir ealizácii prevencie máme za to, že výkonovú zložku je nutné rozdeliť na samotnú prevenciu, starostlivosť o chronické diagnózy a bonusovú zložku. Starostlivosť o chronické ochorenia by mala byť v súlade s novo prijatou koncepciou všeobecného lekárstva pre dospelých. Máme za to, že z dôvodu nedostatku lekárov všeobecného lekárstva pre dospelých je nadmerný tlak na výkonovú zložku neprimeraný a v aktuálnom období môže pôsobiť kontraproduktívne. Tým sa  výkony zahrnuté v kapitácii môžu stať nedostupnými. Preto **navrhujeme navzájom logicky prepojiť výšku „kapitačnej“ a „výkonovej“ zložky v rámci celkovej platby práve v pomere 70% ku 30% (70%/30%).**

Spôsob prepojenia:

* **zavádzame nový kľúčový pojem „ priemerná ambulancia“**

**PRIEMERNÁ AMBULANCIA:**

* vznikla výpočtom podľa vzorca

**Priemerná amb. = Celkový počet kapitovaných v roku/mesiaci u VLD/ počet 1,0 zazmluvnených úväzkov.**

Príklad: 4 000 000 kapitovaných u VLD/ 1708 amb.\* = 2341 pac. na 1,0 lekárske miesto VLD

\* 1708 amb.- priemerný počet zazmluvnených ambulancií všeobecného lekárstva pre dospelých

* potreba stanovenia nových hladín kapitácie podľa veku pacienta s celkovým priemerným navýšením na hladiny o 32-55 % event. o 1,0-1,2 eura oproti aktuálnej základnej kapitácii. 32-55% percent z dôvodu systémového zrušenia „dodatkovej kapitácie“. Za dôležité skutočnosti pri stanovení aktuálnej ceny kapitácie považujeme: plánované navýšenie miezd sestier o 10-15 %. Nárast platu lekárov v závislosti od rastu priemernej mzdy v národnom hospodárstve v závislosti na mzdovom automate. Predpokladaný nárast priemernej mzdy v národnom hospodárstve v r. 2018 na 1021 eur. V r. 2017 bola priemerná mzda 944 eur. Predpokladaná mzda u lekárov so špecializáciou porastie na 2260 eur čo je nárast o cca 5,6%.
* Tabuľku základnej kapitácie aktuálne navrhujeme v rozmedzí

19.r. - 3,03 eura

.

.

72 r. a viac – 4,97 eura

Pri aktuálnom počte pacientov v starostlivosti všeobecných lekárov pre dospelých a aktuálnom počte zazmluvnených ambulancií navrhujeme nastaviť kapitačné platby spôsobom tiež zohľadňujúcim vyťaženosť a systémovú efektivitu.

Z dôvoduaktuálnejsystémovejefektívnostisakapitáciakráti/rastienásledovne:

|  |  |
| --- | --- |
| 2300-2200 pacientov | 99,9 % základnejkapitácie |
| 2200-2000 pacientov | 99,7% základnejkapitácie |
| 2000-1800 pacientov | 99,5% základnejkapitácie |
| 1800-1600 pacientov | 99,3% základnejkapitácie |
| 1600-1400 pacientov | 99,1% základnejkapitácie |
| 1400-1200 pacientov | 98,8% základnejkapitácie |
| 1200-1000 pacientov | 98,5% základnejkapitácie |
| 1000 a menej | 98,0% základnejkapitácie |

Naopak rastie:

|  |  |
| --- | --- |
| 2400-2500 pacientov | 100,1 % základnejkapitácie |
| 2500-2700 pacientov | 100,3% základnejkapitácie |
| 2700-2900 pacientov | 100,5% základnejkapitácie |
| 2900-3100 pacientov | 100,7% základnejkapitácie |
| 3100-3300 pacientov | 100,9% základnejkapitácie |
| 3300-3400 pacientov | 101,0% základnejkapitácie |
| 3400-3500 pacientov | 101,1% základnejkapitácie |
| 3500 a viac | 101,2 % základnejkapitácie |

**Platba za prevencie.**

Nárast cien zazmluvnených preventívnych výkonov o 8-12 %. V súvislosti s predpokladaným nárastom miezd lekárov a sestier. V tejto časti sú zásadné zmeny odplaty za vykonané preventívne výkony.

V súvislosti s naviazaním vykonaných prevencii na výšku kapitácie v práve stanovenom pomere **kapitácia verzus prevencie**. Vzhľadom na nenahraditeľnosť primárneho sektoru pri vykonávaní prevencie, tým zvyšovaniu objektívnych spoločenských parametrov (priemerný vek dožitia, priemerný vek života v zdraví) a vplyvu na celkové zdravie a objektívne parametre navrhujeme preventívnym výkonom stanoviť vyšší koeficient prepojenia na kapitáciu.

**Miera prepojenia preventívnych výkonov na kapitáciu 15%.**

To prepojenie sa prejaví nasledovne:

1. Na základe priemerných ukazovateľov v predošlom období sa dohodne

**„Referenčná preventívnosť“** a to tak, aby sa dosiahla všetkými zmluvnými stranami (štát, poskytovatelia, poisťovňa) akceptovateľná preventívnosť.

1. Na základe tejto dohody sa dľa stanoveného základného pomeru 70% kapitácie verzus 15% prevencia dohodne odstupňovanie navýšenie/zníženie kapitácie dľa realizovaných prevencií.
2. Príklad dohodne sa „ Referenčná preventívnosť“ na úrovni 40% prevencií. T.j. Pri priemernej ambulancii (2341 pacientov) je

**„ Referenčná preventívnosť“**:

2341/2(roky)x 0,40(%) /12 ( mesiacov)= 39 prevencii mesačne

Pri dosiahnutí tohto počtu prevencií je vplyv prevencií na kapitáciu 0.

Pri vyššom výkone prevencií rastie kapitácia, pri nižšom počte kapitácia klesá.

1. Hranica Referenčnej preventívnosti pri dohodnutej výške kapitačnej platby a platbách za vykonané prevencie má byť neutrálna. Celkové nastavenie však zachováva minimálny pomer - 70% platby za kapitáciu pri vykonaní dohodnutého počtu prevencií. T.j. pri vykonaní dohodnutého referenčného počtu prevencií , výška kapitačnej platby na priemernú ambulanciu netvorí podiel menší ako 70% celkových platieb na ambulanciu. Súčasne pri vykonaní referenčného počtu preventívnych výkonov percento platieb za preventívne výkony nepresiahne 15 % celkových platieb.
2. Príklad:

|  |  |
| --- | --- |
| 38-40 prevencií | Rast/Pokles kapitácie 0%. |
| 41-45 prevencií | Rast kapitácie 1% |
| 46-50 prevencií | Rast kapitácie 2% |
| 51-55 prevencií | Rast kapitácie 3% |
| 56-60 prevencií | Rast kapitácie 4% |
| 61-65 prevencií | Rast kapitácie 5% |
| 66-70 prevencií | Rast kapitácie 6% |
| 71-75 prevencií | Rast kapitácie 7% |
| 76 a viac prevencií | Rast kapitácie 7,5% |
| 37-35 prevencií | Pokles kapitácie 1%. |
| 34-30 prevencií | Pokles kapitácie 2% |
| 29-25 prevencií | Pokles kapitácie 3% |
| 24-20 prevencií | Pokles kapitácie 4% |
| 19-15 prevencií | Pokles kapitácie 5% |
| 14-10 prevencií | Pokles kapitácie 6% |
| 9-5 prevencií | Pokles kapitácie 7% |
| 4 a menej prevencií | Pokles kapitácie 7,5% |

1. Ako to vyzerá v číslach.

**Kapitačná platba za priemernú ambulanciu.**

Priemerná kapitácia za 1 poistenca podľa vyššie nastavených parametroch dľa veku:

2341 x 3,6 (priemerná kapitačná platba) = 8427,6 eur ,

pri 1600 kapitovaných x 3,5676 = 5708,16

Realizácia 40 preventívnych výkonov pri priemernej platbe cca 30 eur za kompletný preventívny výkon.

Platba za referenčný počet prevencií:

40 x 30 = 1200 eur t.j. 1200 /8427,6 = 14,239%

**Platba za výkony.**

Podobný mechanizmus previazanosti na kapitáciu má i platba za zazmluvnené výkony.

1. Zmluvnými stranami (štát, poskytovatelia poisťovne ) sa podobným spôsobom dohodne **„Priemerná výkonovosť“**.
2. Koeficient previazanosti priemernej výkonnosti na celkové platby je 10 %.
3. Dohodne sa referenčný počet zazmluvnených výkonov na priemernú ambulanciu.
4. Ďalšie podmienky/ parametre sú podobné preventívným výkonom.

Pri prevalencii hypertenzie cca 44% v dospelej populácii je na Slovensku potencionálne 1.938.119 hypertonikov. Ak by sme mali v starostlivosti 50% spomedzi nich (ostatní sú polymorbídni v starostlivosti špecialistov) v starostlivosti všeobecných lekárov pre dospelých by bolo 969.059 hypertonikov. V tejto situácii by to bolo na priemernú ambulanciu 567 pacientov s artériovou hypertenziou. T.j. priemerne na ambulanciu na mesiac by pripadalo cca 47 hypertonikov. V aktuálnej situácii a nastavení vnútornej organizácie by bolo úspechom starostlivosť o 15hypertonikovmesačne. Preto za referenčný počet navrhujeme 15 zazmluvnených výkonov mesačne.

Previazanie s kapitálou podľa výkonovej kapitoly by mohlo vyzerať takto:

|  |  |
| --- | --- |
| 14-16 zazmluvnených výkonov | Rast/Pokles kapitácie 0%. |
| 13-12 zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 1% |
| 11-10 zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 2% |
| 9-8 zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 3% |
| 7-6 zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 4% |
| 5 a menej zazmluvnených výkonov | Pokles kapitácie 5% |
| 17-19 zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 1 % |
| 20-21 zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 2 % |
| 22-23 zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 3% |
| 24-25 zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 4% |
| 26 a viac zazmluvnených výkonov | Rast kapitácie 5% |

**Bonusy.**

Bonusy by boli priznané za dohodnutých podmienok.

Zohľadňovali by napr.

* Nadpriemernú/dohodnutú preventívnosť
* Nadpriemernú/dohodnutú výkonovosť
* Dostupnosť – napr. regionalitu – lazy, odlúčené lokality
* Zastrešenie viacerých lokalít – odmena za cestovanie
* Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v prospech marginalizovaných skupín
* Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v špecifických zariadeniach – DSS, Hospice
* Nadpriemernú návštevnú službu
* Zabezpečenie zdr. starostlivosti v špecifických podmienkach – nedostupnosť nemocnice
* Nadštandardné služby a vybavenie
* A pod.
* Prípadné odmenenie je vecou dohody zmluvných strán.
* Miera percentuálneho ovplyvnenia a previazanosti na kapitáciu je maximálne 5%, pričom pri tejto zložke podiel na celkových platbách neovplyvňuje výšku kapitácie negatívnym spôsobom.

**Príklady prepočtov:**

1. Ambulancia s 1600 kapitovanými s preventívnosťou v danom mesiaci 55 prevencií, 19 výkonmi priznaným bonusom 0,5% za dochádzanie na 2 miesta ambulancií.

CP = 1600 x 3,6 x 0,991 + 55 x 30 + 1600 x 0,03 + 20 x19 + 1600x0,01 + 1600 x 0,005 = 5708,16 + 1698+396+8 =7810,15

1. Ambulancia s 1200 kapitovanými s preventívami v danom mesiaci 45, výkony za mesiac 23, bez bonusov.

CP = 1200x3,6x0,985 + 45x30 + 1200 x 0,01 + 20x23 + 1200x0,03 +0 =

4255,2+ 1362+496+0= 6113,2

1. Ambulancia s 2932 kapitovanými, prevencie 11, výkony 5, bez bonusov.

CP=2932x3,6x1,07 +11x30 – 2932x 0,06 + 20x5 -2932x0,05 + 0=

11294,064+ 154,08-46,6+0=11401,544

1. Ambulancia s 2932 kapitovanými, prevencie 81, výkony 41, bez bonusov.

CP= 2932x3,6x1,07 + 81x30 + 2932x0,075+41 x 20 + 2932 x 0,05 + 0=

11294,064 + 2649,9 + 966,6 + 0 = 14910,564

1. Ambulancia s 1100 kapitovanými, prevencie 45, výkony,40 výkonov, bez bonusov.

CP=1100x3,6 x 0,985 + 45x30 + 1100 x 0.01 + 40 x20 + 1100x0,05+ 0=

3900,6+1361+855+0= 6116,6. V tomto prípade je pomer kapitácia verzus výkonová zložka CP je 63,76% preto je na základe min. pomeru dopočíta kapitácia do výšky 70%. T.j. 5170 eur a celkový príjem tým pádom vzrastie na 5170,6 + 2216 =7386,6 eur.

1. Ambulancia s 2600 kapitovanými, prevencia 105, výkony 40, bez bonusov.

CP=2600x3,6x1,003+105x30+2600x0,075+40x20+2600x0,05+0=

9388,08+3345+930+0= 13663,08 . V tomto prípade je pomer kapitácie k výkonovej zložke 9388/13663,08= 0,68711 t.j. 68% preto automaticky sa dorovnáva kapitácia na pomer 70% vs. 30% t.j. 9975 eur za kapitáciu verzus 4275 eur výkonová zložka. CP vstupne na 14250 eur a tým pádom je pomer príjmu kapitácia dopočítaná do stanoveného pomeru 70% vs.30%.

1. Ambulancia s 1600 kapitovanými, bez prevencie, bez výkonov, bez bonusov.

CP=1600x3,6x0,991 + (- 1600x0,075) + (-1600 x0,05) =

5708,16-120-80=5508,16

**Záver.**

Máme za to, že tento model financovania motivuje k realizácii prevencie ale aj zazmluvnených výkonov. Vedie k pozitívnemu prosystémovému a prospoločenskému smerovaniu segmentu VLD. Reflektuje a zmierňuje dopady aktuálneho nedostatku lekárov v odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých. Vytvára podporu pri zmene organizácie práce na ambulanciách primárneho kontaktu. Vytvára ekonomické podmienky pre postupnú zmenu štruktúry a organizácie práce na ambulanciách primárneho kontaktu. Zjednodušuje systém financovania segmentu. Zohľadňuje výkonovú zložku, súčasne zohľadňuje potreby dofinancovania segmentu. Vytvára podmienky na zatraktívnenie podmienok a rozvoj segmentu všeobecné lekárstvo na Slovensku. Perspektívne pôsobí na vyššiu organizovanosť poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbore ale i intersegmentálne. Podporuje skvalitnenie celkového manažmentu pacienta.

**NÁVRH NA FINANCOVANIE AMBULANCIE VLD**

**alternatíva č.2**

**Príloha č.2** – stanovisko k spoločnej správe Svetovej banky a Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR o posilnení postavenia a kompetencií neurgentnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých poskytovanej v prvom kontakte pacienta so systémom zdravotnej starostlivosti

**ZHRNUTIE:**

**kľúčové slová:**

úhradový mechanizmus

úhradová vyhláška

zoznam výkonov

kapitačno-výkonová platba

Kľúčové z hľadiska zabezpečenia systémového riešenia financovania neurgentného prvého kontaktu pre dospelých, resp. vykonateľnej koncepcie všeobecného lekárstva na Slovensku, je **legislatívne zakotvenie úhradového mechanizmu**.

V záujme dosiahnutia zhody na nutnosti legislatívneho zakotvenia úhradového mechanizmu predkladáme na zváženie prevzatie legislatívneho riešenia v Českej Republike:

**1. príloha č.2 vyhlášky o stanovení hodnôt bodu**, výšky úhrad uhrádzaných služieb a regulačných obmedzeniach - <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201> („ tzv. úhradová vyhláška“) v spojení s

**2. vyhláškou, ktorou sa vydáva zoznam zdravotných výkonov** s bodovými hodnotami - <http://www.sagit.cz/info/uztxt.asp?cd=5&typ=r&refresh=yes&det=&levelid=125469&datumakt=1.8.2018&full=y>  v kontexte príslušných ustanovení súvisiacich všeobecne záväzných právnych predpisov v ČR.

Zmyslom legislatívneho zakotvenia úhradového mechanizmu je:

**1. záväzne stanovenie výpočtu paušálnej úhrady** za zdravotnú starostlivosť v neurgentnom prvom kontakte v rámci systému kapitačno-výkonovej platby

**2. záväzné stanovenie zoznamu výkonov a zjednotenie ich vykazovania** určením:

2.1. označenia výkonu

2.2. obsahu výkonu

<http://www.sagit.cz/prilohyuzarchiv/537269/1001644/P_134-98(1.8.2018).pdf>

**3. stanovenie výšky minimálnej ceny:**

3.1. paušálnej úhrady

3.2. úhrady za jednotlivý výkon

Požiadavka na legislatívne zakotvenie úhradového mechanizmu za zdravotnú starostlivosť v neurgentnom prvom kontakte je kľúčová pre obe alternatívy návrhu ZVLD SR o.z.

Pre obe navrhované alternatívy **navrhujeme do zoznamu výkonov prevziať zoznam výkonov**, tak **ako je v súčasnosti definovaný v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**, ktorú majú poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých uzatvorenú **s VšZP a.s.**

**Záver.**

Vzhľadom na závery a odporúčania spoločného materiálu Svetovej banky a Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR je podľa nášho názoru potrebné legislatívne ustanoviť úhradový mechanizmus pre ambulancie VLD aj bez ohľadu na komplexné legislatívne riešenie garancií financovania ostatných foriem a segmentov zdravotnej starostlivosti.

**MAPA INTERSEGMENTÁLNYCH KOMPETENCIÍ**

**k prílohe č.2** – stanovisko k spoločnej správe Svetovej banky a Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR o posilnení postavenia a kompetencií neurgentnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých poskytovanej v prvom kontakte pacienta so systémom zdravotnej starostlivosti

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Problém** | **Riešenie** | **Alternatívne riešenie** | **Financovanie alternat. riešenia** |
| Delegovaný predpis liekov (ŠAS, ústavná starostlivosť) | Predpis indikovaných liekov pri vyšetrení ŠAS – povinný  (vhodný aj repetitur ŠAS) | preskripcia sestrou VLD v prípade delegovanej preskripcie | Výkon za úhradu (3,- Eur) |
| Delegovaný predpis pomôcok pre inkontinentných pacientov  (ŠAS, ústavná starostlivosť) | Predpis zdravotníckych pomôcok pri vyšetrení ŠAS – povinný  (vhodný aj repetitur ŠAS) | Preskripcia sestrou VLD v prípade delegovanej preskripcie | Výkon za úhradu (3,- Eur) |
| Delegovaný predpis diét a enterálnej výživy – GEA a onko pacienti  (ŠAS, ústavná starostlivosť) | Predpis diét ŠAS a enterálnej výživy pri vyšetrení ŠAS – povinný  (vhodný aj repetitur ŠAS) | Preskripcia sestrou VLD v prípade delegovanej preskripcie | Výkon za úhradu (3,- Eur) |
| Výmenné lístky | Povinnosť indikujúceho lekára (VLD, ŠAS, ústavná starostlivosť – príp. stacionár) s medicínskym odôvodnením konziliárneho vyšetrenia | Vypísanie sestrou VLD v prípade delegovaného výkonu s odkazom na záznam o vyšetrení ŠAS, alebo prepúšťaciu správu | Výkon za úhradu (3,- Eur |
| Odbery na laboratórne vyšetrenia a žiadanky na zobrazovacie vyšetrenia | ŠAS – povinný, včítane predoperačného vyšetrenia v prípade, ak ho nerobí VLD (odber internej ambulancii) | Odber sestrou VLD v prípade delegovaného odberu a/alebo vypísania žiadanky na zobrazovacie vyšetrenie | Výkon za úhradu (3,- Eur) |
| VLD – povinný, ak indikuje vyšetrenie u špecialistu, alebo hospitalizáciu najmä v prípade, že pacient nemá riadne vykonanú preventívnu prehliadku | ak VLD nedoloží v súvislosti s indikáciou vyšetrenia u špecialistu, alebo hospitalizácie aktualizované laboratórne nálezy pacienta v rozsahu svojej kompetencie, je povinný to medicínsky odôvodniť | Bez náhrady v rozsahu kompetencie VLD na indikovanie laboratórnych vyšetrení (ako pri preventívnej prehliadke, CRP, kultivácie, vybrané imuno- a sérologické vyšetrenia, hemokoagulácia, kardioenzýmy) |
| Delegované vypisovanie návrhu na KL | Vypísanie návrhu na KL ŠAS – povinný (včítane požadovaných laboratórnych vyšetrení, EKG a rtg P+S) | v prípade delegovaného výkonu – VLD (včítane požadovaných laboratórnych vyšetrení, EKG a rtg P+S) | Výkon za úhradu (min. 5,- Eur) |
| Podávanie indikovaných injekcií a infúzií | Povinnosť indikujúceho lekára (VLD, ŠAS, ústavná starostlivosť – príp. stacionár) | Bez alternatívneho riešenia | Bez náhrady, ak nie je z dôvodu špecifického liečebného postupu určený výkon pre danú zdravotnú starostlivosť |

**POŠPECIALIZAČNÝ PROGRAM ZVLD SR o.z.**

**Príloha č.3** – stanovisko k spoločnej správe Svetovej banky a Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR o posilnení postavenia a kompetencií neurgentnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých poskytovanej v prvom kontakte pacienta so systémom zdravotnej starostlivosti

**ZHRNUTIE:**

**kľúčové slová:**

príplatok za integráciu ku

integrovaná ambulancia VLD (IAVLD)

pošpecializačný program ZVLD SR

prevod lekárskej praxe VLD

Nevyhnutnosť zavedenia zmysluplného systémového opatrenia za účelom podpory generačnej obnovy všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) a **horizontálnej integrácie ambulancií VLD** za účelom dosiahnutia ich lepšej dostupnosti a efektivity ZVLD SR o.z. neúspešne navrhovalo na MZ SR už na jeseň v roku 2017.

Podstatou tohto opatrenia je **príplatok za integráciu ku kapitačnej platbe**  v závislosti na plnení stanovených kritérií týkajúcich sa nadštandardného personálneho vybavenia lekárskej praxe VLD (minimálne 2 lekári + 2 sestry), ktoré umožňuje lepšiu dostupnosť, výkonnosť a plynulosť poskytovania zdravotnej starostlivosti na ambulancii VLD. Príplatok za integráciu motivuje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS) prijať do zamestnania lekára so záujmom o budúce prevzatie lekárskej praxe a segment VLD tým získava nového (mladého) lekára(-rku) – kolegu/kolegyňu, ktorý/á je plynule zaškolená do praxe a pripravený/á uplatniť získané skúsenosti v ďalšej prevádzke a získať tým pre rozvoj všeobecného lekárstva na Slovensku ďalšieho kolegu.

**Fixnú (paušálnu) výšku** príplatku za integráciu vyjadrenú v prepočte na jedného kapitované-ho pacienta na IAVLD, platnú zhodne pre všetkých poskytovateľov, ktorí sa rozhodnú svoje ambulancie integrovať, je potrebné určiť arbitrárne so zohľadnením personálnych nákladov a iných prevádzkových nákladov na 1,0 nového úväzku lekára (1LM) a sestry (1SM), a to v spojení so stanovením minimálneho a optimálneho počtu pacientov pripadajúcich na 1LM+1SM.

**Navrhovaný príplatok ku kapitačnej platbe je jedným z dobre obhájiteľných spôsobov rentabilného dofinancovania segmentu VLD v zhode so silným odporúčaním WB a IZP.**

**PRÍKLAD 1.:** náklady na nový tím VLD (1LM+1SM) ... 3.000,-EUR

optimálny počet pacientov pripadajúcich na 1 tím VLD ... 1.500 (teda 3.000 pac. na 1 IAVLD)

minimálny počet pacientov IAVLD ... 2.500 (zmysel integrácie = 1.250p./1LM)

výpočet príplatku na každého kapitovaného pacienta: 3.000,-EUR / (2 x 1.500 pac) = 1,-EUR

**IAVLD ktorá má 2.561 pacientov** dostane príplatok 2.561 x 1,-EUR = **2.561,-EUR / mes.**

**IAVLD ktorá má 3.215 pacientov** dostane príplatok **3.000 x 1,-EUR** **/ mes. –** teda najviac vo výške arbitrárne stanoveného optimálneho počtu pacientov na 2LM + minimálne 2SM

V našom návrhu na zavedenie príplatku za integráciu súčasne riešime **pod hlavičkou „pošpecializačného programu“** aj zaradenie absolventov rezidentského programu do medicínskej praxe na ambulanciách VLD v spojení s mediáciou dohody o prevode lekárskej praxe medzi záujemcom o budúce odstúpenie rozhodujúceho obchodného podielu PZS, ktorý predmetnú prax prevádzkuje („starý“ lekár ako zamestnávateľ) a záujemcom o jeho budúce nadobudnutie (absolvent rezidentského programu ako zamestnanec), a to návodom na stanovenie ceny praxe, o ktorej sa jedná.

**Transparentnosť pri prevode lekárskych praxí** navrhujeme riešiť zavedením pravidelne aktualizovaného a verejne prístupného zoznamu záujemcov o odstúpenie a nadobudnutie lekárskej praxe VLD vedených formou poradovníka u verejných autorít, regulujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti (MZSR, VÚC, UDZS).

Právna istota zúčastnených strán jednajúcich dvojstranne o budúcom prevode lekárskej praxe VLD má byť zabezpečená zmluvou, spísanou formou notárskej zápisnice a súčasne záznamom o tomto zmluvnom vzťahu vedenom v zozname, ktorý má byť vedený príslušnou verejnou autoritou, ako je uvedené vyššie.

V záujme integrácie ambulancií VLD predovšetkým prijatím absolventov rezidentského programu do medicínskej praxe, je súčasne potrebné arbitrárne stanoveným koeficientom **korigovať** výšku príplatku za integráciu takým spôsobom, ktorý odlíši skupinovú prax VLD na ktorej participuje aj najmenej jeden absolvent rezidentského programu a zároveň umožní aj rozlíšenie, akým participuje spôsobom. Je teda potrebné stanoviť kritérium, do kedy sa lekár po absolvovaní atestácie zo všeobecného lekárstva zamestnáva ako absolvent rezidentského programu (nezávisle na príp. zmene zamestnávateľa) a súčasne, **či má uzatvorenú** **aj zmluvu o budúcom prevode lekárskej praxe** s PZS u ktorého je zamestnaný. Týmto spôsobom sa výraznejšie podporí integrácia takých skupinových praxí, kde participuje aj absolvent rezidentského programu, ktorý je zároveň budúcim nadobúdateľom praxe aj so zodpovednosťou za jej ďalší rozvoj resp. jej integrovanú organizáciu.

**PRÍKLAD 2.:** základný príplatok za integráciu ... 1,-EUR **korekčný koeficient - KK: (0,5 1,0 1,5)**

KK pre prax bez absolventov rezidentského programu (r.p.) ... 0,5 = príplatok 0,5 EUR/pac.

KK pre prax **s účasťou absolventov r.p.** ... 1,0 = príplatok 1,0 EUR/pac.

KK pre prax **s účasťou r.p. a zmluvou o budúcom prevode** ... 1,5 = príplatok 1,5 EUR/pac.

**PRÍKLAD 3.:** IAPK s 4.300 pacientov a **3LM** (+ min. 3 SM), z ktorých **1 lekár je budúci nadobúdateľ:**

4.300 x 1,-EUR x 1,5KK (požiadavka na minimálne 1.250p./1LM je splnená) = **6.450,-EUR/ mes.**

**PRÍKLAD 4.:** IAPK so 6.400 pacientmi a **4 LM** (+min.4 SM), **ak sú všetci lekári iba zamestnanci s podmienkou,**

**že aspoň jeden z nich je absolvent rezidentského programu:**

keďžebol dosiahnutý arbitrárne stanovený optimálny počet pac./1LM pre integráciu (1.500 pac. /

1LM), PZS dostane príspevok vo výške **6.000,-EUR/mes.** (1500 pac. x 4LM x 1,-EUR x 1,0KK)

**Aktuálna verzia pošpecializačného programu na webe ZVLD SR o.z.:**

<https://www.zvld.sk/pospecializacny-program-zvld-sr-o-z/>

**Čo je pošpecilizačný program ZVLD SR o.z.?**

**Pošpecializačný program** ZVLD SR o.z. je **transparentný systém pravidiel pod verejnou kontrolou,** ktorý zabezpečuje plynulú generačnú výmenu všeobecných lekárov pre dospelých, včítane jej financovania.

Ide o projekt občianskeho združenia, ktoré združuje všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) po ukončení špecializačného štúdia, včítane kolegov v špecializačnej príprave, a je **financovaný výlučne z členských príspevkov členov združenia**. Program nie je dotovaný žiadnymi inými verejnými, ani súkromnými zdrojmi.

**Z hľadiska práva sa program prakticky realizuje formou zmluvy o prevode, alebo budúcom prevode lekárskej praxe** medzi účastníkmi programu. Pridanou hodnotou programu je súčasná horizontálna integrácia praxe pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti na úrovni neurgentného prvého kontaktu a podpora vertikálnej integrácie systému zdravotnej starostlivosti s konečným efektom na hospodárnejšie využívanie verejných zdrojov určených na zdravotnú starostlivosť a na vytváranie spoločensky zodpovedného zisku. (Nie centrá integrovanej zdravotnej starostlivosti)

**Účasť na programe je pre všetkých jeho účastníkov** **bezplatná** a nie je podmienená členstvom v ZVLD SR o.z. Súčasťou programu sú verejne prístupné **zoznamy účastníkov programu**, ktoré vedie ZVLD SR o.z.

**Pravidlá programu: preklik**

**Vzorec pre výpočet ceny lekárskej praxe: preklik**

**Čo je to integrovaná ambulancia prvého kontaktu? preklik**

**Exkluzívna spolupráca s notárskym úradom: preklik**

**Pravidlá programu: rozroluje sa**

1. základným pravidlom programu je stanovenie garantovanej ceny lekárskej praxe.

2. účasť na programe je dobrovoľná

3. zmluvná voľnosť účastníkov programu nie je obmedzená

4. zaručuje sa cena za prevod, alebo budúci prevod (odstúpenie/nadobudnutie) lekárskej praxe, a to:

4.1. prevod **bežnej ambulancie VLD (BAVLD)** s jedným lekárskym úväzkom a 1 úväzkom zdravotnej sestry

4.2. prevod **integrovanej ambulancie VLD (IAVLD)** s dvoma lekárskymi úväzkami (2 LÚ) a 2 a viac úväzkami zdravotnej sestry (2 a viac ÚZS)

5. zaručuje sa výška mzdy 2.lekára – absolventa špecializačného štúdia v odbore všeobecné lekárstvo, zamestnaného na integrovanej ambulancii VLD, ako budúceho nadobúdateľa lekárskej praxe

6. zaručuje sa ochrana nárokov budúceho odstupujúceho lekára v prípade zásahu vyššej moci (smrť, choroba)

7. zaručuje sa ochrana nárokov budúceho nadobúdateľa pred účinkami dedenia lekárskej praxe (dedenia obchodnej spoločnosti, ktorá je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti)

8. zaručuje sa ochrana záujmu budúceho odstupujúceho a budúceho nadobúdateľa ako zmluvných partnerov na uplatnenie spravodlivého nároku na plnenie vzájomných práv a povinností

9. zaručuje sa ochrana tehotných žien a kolegýň/kolegov na rodičovskej dovolenke, ako účastníkov programu

10. zaručuje sa právna ochrana spoločných záujmov účastníkov programu na realizácii programu a bezproblémovom prevode lekárskej praxe proti záujmom tretích strán

**Podmienka účasti na programe**:

Je jediná a platí pre BAVLD (1LÚ + 1SÚ) aj IAVLD (2LÚ + 2 a viac SÚ).

Je ňou právna forma ambulancie s.r.o., ktorej jediným spoločníkom je (budúci) odstupujúci lekársku prax.

**Vzorec pre výpočet ceny lekárskej praxe: rozroluje sa**

**BAVLD =** 2,5 x [**rv2** –12x (ponls + prn I. + ir I. - zz I.)]

**IAVLD =** 5 x m/60 x [**rv2** – 12x **(mol + mnl + m2s** + prn II. + ir II. - zz II.)]

**BAVLD** = výška odstupného **bežnej ambulancie** prvého kontaktu (1LÚ + 1ÚZS)

**IAVLD** = výška odstupného **integrovanej ambulancie** prvého kontaktu (2LÚ + 2ÚZS)

LÚ = pracovný úväzok lekára vo výške 1,0

ÚZS = pracovný úväzok zdravotnej sestry vo výške 1,0

**Konštantné premenné:** ponls, prn I., prn II., ir I., ir II., zz I., zz II.

Ide o premenné, ktoré sú arbitrárne stanovené ZVLD SR o.z., ako definujúca súčasť programu.

**Variabilné premenné:** rv2, mol, mnl, m2s

Ide o premenné, ktoré vykazujú reálnu ekonomickú charakteristiku lekárskej praxe, o ktorej prevode sa jedná.

**Vysvetlivky skratiek premenných:**

rv2 = priemerný ročný výnos lekárskej praxe o ktorej prevode sa jedná za posledné dva roky

ponls = paušálny osobný náklad BAVLD na 1LÚ + 1 ÚZS stanovený v súlade s §80a, ods.2 a §80ab, ods. 3 zák.578/2004 z.z.

prn I. = paušálne prevádzkové a režijné náklady BAVLD

prn II. = paušálne prevádzkové a režijné náklady IAVLD

mol = superhrubá mzda odstupujúceho lekára na IAVLD

mnl = superhrubá minimálna mzda nadobúdajúceho lekára IAVLD

m2s = súčet reálnych superhrubých miezd sestier na IAVLD

ir I. = rezerva na budúce investície BAVLD

ir II = rezerva na budúce investície IAVLD

iz I. = spoločensky zodpovedný zisk BAVLD

zz II. = spoločensky zodpovedný zisk IAVLD

m = počet mesiacov zamestnania budúceho nadobúdateľa u budúceho odstupujúceho lekára ako poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na IAVLD

**V prípade**, že sa budúci odstupujúci a budúci nadobúdajúci IAVLD dohodnú **na vyššej mzde – mnl,** ako je v programe arbitrárne stanovená, tak **za premennú mnl dosadia výraz** „**mnl – vp (výška platu)**“, kde premenná vp je rozdiel medzi skutočnou výškou platu budúceho nadobúdajúceho a mnl konštanty vyjadrená celkovým nákladom.

**Zhodná výška platov** budúceho odstupujúceho a budúceho nadobúdateľa (mol a mnl) nie je podmienkou, ale z hľadiska záujmu na zvyšovaní budúceho dôchodkového príjmu budúceho odstupujúceho je v jeho záujme.

**Hodnoty konštantných premenných :** **rozroluje sa „podmenu“**

Hodnoty konštantných premenných pošpecializačného programu stanovené uznesením SR ZVLD SR o.z. zo dňa 16.06.17 boli stanovené nasledovne:

**Súbor na stiahnutie – uznesenie správnej rady**

ponls = 3.700 EUR

prn I. = 1.500 EUR

prn II. = 2.500 EUR

mnl = 1.500 EUR

hodnota výrazu: ir I. – zz I. = 200 EUR

hodnota výrazu: ir II. – zz II. = 400 EUR

**Príklad výpočtu: BAVLD** mala rv2 = 81.000,- EUR

Odstupné tejto ambulancie je BAVLD **=** 2,5 x [81.000–12x (3.700 + 1.500 + 200)] = **40.500,- EUR**

**Príklad výpočtu: IAVLD** mala rv2 = 124.000,- EUR,

mol = 1.500,-EUR, mnl = 1.500,-EUR, m2s = 1700,- EUR.

Budúci nadobúdajúci lekár bol zamestnaný u budúceho odstupujúceho 5 rokov, teda 60 mesiacov.

Odstupné tejto ambulancie je IAVLD **=** 5 x 60/60 x [124.000– 12x(2.040 + 2.040 + 2.312+ 2.500 + 400)] = **62.480,- EUR**

**Čo je to integrovaná ambulancia prvého kontaktu? rozroluje sa**

Integrovaná ambulancia prvého kontaktu – **IAVLD** je tvorená 2 lekárskymi pracovnými miestami (pracovnými úväzkami1,0) a najmenej 2 pracovnými miestami zdravotnej sestry (pracovnými úväzkami1,0) s príslušným materiálno-technickým a priestorovým vybavením.

IAVLD je jedným z výsledkov procesov **pri praktickej realizácii pošpecializačného programu** ZVLD SR o.z. a vyplýva zo zmluvne zakotvených vzťahov medzi budúcim odstupujúcim a budúcim nadobúdateľom lekárskej praxe. **IAVLD je neoddeliteľnou súčasťou programu a vytvára jeho pridanú hodnotu.**

Pridaná hodnota IAVLD spočíva v integrácii podnikania a lekárskych miest na úrovni prvého kontaktu, čím sa vytvárajú **predpoklady pre zvýšenie ekonomickej efektivity** podnikania, ako spôsobu poskytovania všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Na úrovni prvého kontaktu pre dospelých ide v tomto zmysle o horizontálnu integráciu procesov poskytovania zdravotnej starostlivosti s dopadom na kvalitu výstupov meranú z medicínskeho hľadiska predovšetkým, ale nie výlučne, dostupnosťou všeobecného lekára pre dospelých (VLD) a výkonnosťou ambulancie pri preventívnej starostlivosti a pri realizácii medicínskych kompetencií prvého kontaktu. Horizontálna integrácia založená na tímovej organizácii zdravotníckych pracovníkov, ktorými je IAVLD personálne vybavená, súčasne vytvára predpoklady pre vertikálnu integráciu systémuzdravotnej starostlivosti podporovanú extenziou princípu „tímovosti“ pri manažmente pohybu pacienta za následnou starostlivosťou u ambulantných špecialistov a/alebo u ústavného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

**Vo vzťahu k „centrám integrovanej zdravotnej starostlivosti“ (CIZS)** nevidíme podmienku „centralizácie“ poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých ako nevyhnutnú, ale ako potenciálne škodlivú, pretože centralizácia môže pacientovi komplikovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti prvého kontaktu. Nevyhnutným predpokladom realizácie CIZS je z pohľadu ZVLD SR o.z. filozofia integrácie procesov zdravotnej starostlivosti, ako kľúčovej premennej z hľadiska medicínskej a ekonomickej efektivity zdravotného systému. Integráciu je teda logicky potrebné formovať už na úrovni prvého kontaktu a nezamieňať ju s „centralizáciou“. Pošpecializačný program reflektuje centrá integrovanej zdravotnej starostlivosti za akceptácie fungovania primárnej starostlivosti z pohľadu integrovanej ambulancie prvého kontaktu. Pošpecializačný program v tejto podobe je možné aplikovať aj v odbore VLDD.

**Právny rámec IAPK** a zmluvné vzťahy, ktorými je IAVLD definovaná sú jednoduché, jednoznačné a praxou overené, a preto je možné konštatovať, že tak ako sú navrhované v pošpecializačnom programe ZVLD SR o.z., prispejú k stabilite, spoľahlivosti a bezporuchovej dostupnosti prvého kontaktu pre dospelých.

**Exkluzívna spolupráca s notárskym úradom: rozroluje sa**

**V záujme bezchybnej aplikácie** pošpecializačného programu ZVLD SR o.z. pre účely prevodu a nadobudnutia súkromnej lekárskej praxe všeobecného lekára pre dospelých a istoty súvisiacich právnych úkonov Vám ZVLD SR o.z. odporúča spoluprácu s Notárskym úradom **JUDr. Štefana Siskoviča**, <http://www.notar.sk/%C3%9Avod/Not%C3%A1rskecentr%C3%A1lneregistre/Not%C3%A1rske%C3%BArady/Not%C3%A1rske%C3%BAradydetail.aspx?id=20168>, ktorý sa podieľal ako externý poradca a spolupracovník pri tvorbe pošpecializačného programu ZVLD SR o.z.

V prípade záujmu kontaktujte Notársky úrad mailom, alebo sms správou:

„**pošpecializažný program ZVLD SR o.z., žiadosť o notársky zápis o prevode lekárskej praxe**“.

**Mail:** [stefan.siskovic@notar.sk](mailto:stefan.siskovic@notar.sk)

**Mobil:** +421 911 381 561

**Na pravú bielu plochu obrazovky:**

**Zoznamy účastníkov programu:**

**1.záujemci o budúci predaj lekárskej praxe rozklik**

**2.záujemci o (budúce) kúpenie lekárskej praxe rozklik**

**3.prvé integrované ambulancie VLD na Slovensku rozklik**

**4.** **hľadáme všeobecného lekára pre dospelých rozklik**