

Plán MEDIPARTNER® – integrovaná zdravotná starostlivosť

Vstupná informácia pre všeobecných lekárov



MEDIPARTNER
PLÁN PRE ZDRAVIE



OBSAH

1. Úvod	3
2. Postavenie poistenca v Pláne MEDIPARTNER®	5
3. Postavenie všeobecného lekára v Pláne MEDIPARTNER®	9
4. Skupina nezávislých lekárskejších praxí	11
5. Fond zdravotnej starostlivosti Skupiny	20
6. Hospodárenie s Fondom	24
7. Rozdelenie výnosov medzi lekárov Skupiny	32
8. Administrátor	37

Plán MEDIPARTNER® – integrovaná zdravotná starostlivosť

Vstupná informácia pre všeobecných lekárov

1. Úvod

Plán MEDIPARTNER® v sebe spája verejné zdravotné poistenie, organizáciu zdravotných služieb a program zdravého životného štýlu a udržiavania zdravia. Ide o moderný koncept spolupráce zdravotnej poisťovne s vybranou sieťou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Plán MEDIPARTNER® znamená **(1) koordináciu zdravotnej starostlivosti pre pacienta v definovanej sieti partnerských poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**. Tým zvyšuje kvalitu starostlivosti, ale aj jej účinnosť, efektívnosť a bezpečnosť. Plán zároveň obsahuje **(2) motivačný program pre poistencov založený na odmene za aktívnu starostlivosť o vlastné zdravie**.

Zmyslom Plánu MEDIPARTNER® je čo najlepšie sa starať o individuálne zdravotné potreby klientov, čo najúčelnejšie pre nich organizovať zdravotné služby a zároveň ich motivovať k starostlivosti o vlastné zdravie a k zdravému spôsobu života.

Plán prináša lekárom lepšie ohodnotenie, viac informácií, lepšiu koordináciu liečby a v prípade úspešnej realizácie aj istotu dlhodobej zmluvnej spolupráce. Plán MEDIPARTNER® dokáže účinne zvyšovať efektívnosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá je na Slovensku veľkým problémom.



1

Plán integrovanej zdravotnej starostlivosti ponúka prospech z účelného využívania prostriedkov zdravotného poistenia všetkým zúčastneným – poistencom (pacientom), poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ako aj poisťovni.

Plán MEDIPARTNER® motivuje partnerských poskytovateľov ku koordinácii a poistencov k spolupráci a dodržiavaniu pravidiel správnej životosprávy a starostlivosti o zdravie. Takto získané prostriedky prinesú partnerským poskytovateľom odmenu za ich prácu a pacientom zabezpečí lepšie organizovanú integrovanú zdravotnú starostlivosť, objednávkový systém a motivačný program v podobe nadštandardných benefitov. Zdravotnej poisťovni umožní financovať viac kvalitnejšej starostlivosti.

Systém integrovanej starostlivosti sa dá vybudovať len na regionálnom princípe. Zúčastňujú sa na ňom tí poskytovatelia, ktorí spĺnia podmienky účasti. Nimi sú najmä ochota (a schopnosť) navzájom spolupracovať, zabezpečovať objednávkový systém pre pacientov, nieť zodpovednosť za úspech plánu a prispievať k motivácii pacientov, aby sa starali o svoje zdravie. **Kľúčové postavenie v Pláne majú všeobecní lekári ako prirodzení koordinátori zdravotnej starostlivosti.**

Plán MEDIPARTNER® sa uskutočňuje v spolupráci so zdravotnou poisťovňou Dôvera. Držiteľom know-how k systému integrovanej zdravotnej starostlivosti a Administrátorom tohto projektu je spoločnosť Klient PRO SK.

2. Postavenie poistenca v Pláne MEDIPARTNER®

2

Poistenec zdravotnej poisťovne Dôvera sa stáva klientom plánu MEDIPARTNER® po dobrovoľnom zaregistrovaní sa do Plánu. Podmienkou jeho účasti v Pláne je kapitácia u niektorého zo všeobecných lekárov zúčastnených v Pláne MEDIPARTNER®.

Z pohľadu klienta sa Plán prejavuje ako **sieť navzájom spolupracujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**, v ktorej poistenec prednostne čerpá zdravotnú starostlivosť. Výmenou za rešpektovanie pravidiel Plánu klient získava odmeny, ktoré môže využiť v prospech svojho zdravia a zdravého životného štýlu.

Klient Plánu si sám zvolí rozsah ponuky, ktorú chce v rámci projektu využívať a na akej úrovni členstva sa ho chce zúčastniť:

- 1. úrovne ako **klient Plánu** MEDIPARTNER®
- 2. úrovne ako **člen Klubu** MEDIPARTNER®

Člen Klubu má rovnaké výhody ako klient, môže však čerpať väčšie množstvo tovarov a služieb motivačného programu Plánu MEDIPARTNER®, navyše za výhodnejších podmienok.

Účasť na úrovni klienta Plánu je pre poistenca bezplatná.

2.1 Pravidlá pre klientov Plánu MEDIPARTNER® pri čerpaní zdravotnej starostlivosti

Poistenci sa registráciou do Plánu nezaväzujú k dodržiavaniu žiadnych pravidiel. Nastavené podmienky ich však motivujú, aby

- a) čerpali špecializovanú zdravotnú starostlivosť na odporúčanie svojho všeobecného lekára,
- b) čerpali zdravotnú starostlivosť prednostne v sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti Plánu.

2.2 Ponuka pre klientov Plánu MEDIPARTNER®

Ponuka zahŕňa motivačný program Plánu MEDIPARTNER® a objednávkový systém.

2.2.1 MOTIVAČNÝ PROGRAM PLÁNU MEDIPARTNER®

Motivačný program Plánu je ponukou tovarov a služieb, ktoré môže klient Plánu získať so zľavou alebo aj úplne zadarmo z nasledujúcich troch okruhov:

- a) prevencia zdravia a zdravý životný štýl,
- b) zdravotná starostlivosť nad rámec úhrady z verejného zdravotného poistenia,
- c) zvýšenie komfortu pri čerpaní zdravotnej starostlivosti vrátane nadštandardnej asistenčnej služby.

Klienti Plánu si vyberajú z Katalógu výhod. Okrem toho môžu na úhradu použiť body motivačného programu, získané za účasť v Pláne a dodržiavanie pravidiel. Ponuka tovarov a služieb, ktoré môžu byť čerpané v rámci motivačného programu, sa každý rok obnovuje.

Administrátor vedie každému klientovi účet, na ktorý klient dostáva body, ak sa správa zodpovedne k svojmu zdraviu, prípadne zdieľa ciele Plánu MEDIPARTNER®.

Klient tak môže dostať body za to, že **navštevuje fitness centrum alebo plaváreň, vyplní dotazník zdravia**, ktorým si zistí svoje riziká a stanoví ciele na zlepšenie svojho zdravia, **zapojí sa do programov na manažment rizík** (napr. na schudnutie alebo odvykanie fajčenia) organizovaných alebo zabezpečovaných Administrátorom (prípadne aj v spolupráci s poskytovateľmi siete Plánu) alebo ich môže získať **za dosiahnutie stanovených cieľov v týchto programoch.**

Časť bodov pre klientov má k dispozícii samotný všeobecný lekár, ktorý ich môže využiť na priamu motiváciu svojich pacientov, napríklad pri dodržiavaní liečebného režimu. Lekár môže napr. s pacientom uzavrieť dohodu o tom, že pacient bude dodržiavať diétu alebo pravidelne užívať lieky proti vysokému cholesterolu, a pokiaľ sa pacientove výsledky do stanoveného termínu upravia, získa stanovený počet bodov. Klient potom môže získané body využiť na nákup benefitov motivačného programu.

O pravidlách, na základe ktorých môže klient získať a vo výnimočných prípadoch aj stratiť body, informuje klientov Administrátor.

Objem prostriedkov motivačného programu je závislý od hospodárenia Plánu, t. j. záleží na správaní sa účastníkov Plánu. Body motivačného programu sú prenosné, môžu sa teda združovať napr. v rámci rodiny. Na množstvo získaných bodov má významný vplyv dodržiavanie pravidiel pri čerpaní zdravotnej starostlivosti.

2.2.2 OBJEDNÁVKOVÝ SYSTÉM

V prípade nedodržania 15-minútovej tolerancie objednaného termínu je klient MEDIPARTNER® kompenzovaný bodmi v rámci motivačného programu.

V sieti Plánu funguje objednávkový systém, ktorý umožňuje klientom Plánu objednať sa na konkrétny termín na plánované vyšetrenia. Všetkým klientom je garantovaná čakacia doba max. 15 minút. Podmienkou je, aby účastník disponoval odporúčaním niektorého z oprávnených lekárov (spravidla všeobecný lekár, ale napr. tiež dispenzarizujúci špecialista).

Plán zabezpečuje termíny u konkrétneho poskytovateľa na konkrétny deň a čas, nezaručuje však pre svojich účastníkov skoršie termíny v porovnaní s poisťencami, ktorí nie sú klientami Plánu.

2.3 Vedenie osobného účtu čerpania zdravotnej starostlivosti

Klient Plánu je motivovaný chodiť prednostne do siete Plánu MEDIPARTNER® tým, že započítavaná cena za zdravotné služby čerpané v sieti partnerských poskytovateľov je významne nižšia než mimo tejto siete.

Klient Plánu MEDIPARTNER® má prístup k svojmu osobnému účtu, na ktorý mu poisťovňa posieľa virtuálne peniaze, zodpovedajúce jeho očakávaným zdravotným potrebám. Z tohto účtu sa mu strháva virtuálna spoluúčasť pri čerpaní zdravotnej starostlivosti (návšteva špecialistu, predpísaný liek, pobyt v nemocnici).

Každý rok si klient môže časť virtuálnych peňazí usparených na osobnom účte premeniť na body a využiť na výber z ponuky motivačného programu. Ak je účet v mínuse, časť rozdielu naopak musí zaplatiť z nazbieraných bodov. O žiadne skutočné peniaze teda poistenec nepríde, ale príde o možnosť minúť body na niečo lepšie.

3. Postavenie všeobecného lekára v Pláne MEDIPARTNER®

3

Plánu MEDIPARTNER® sa môžu zúčastniť všeobecní lekári (pre dospelých aj pre deti a dorast), ktorí sa chcú lepšie starať o svojich poistencov, majú pripojenie na internet a poskytujú zdravotnú starostlivosť dostatočnému počtu poistencov zdravotnej poisťovne Dôvera v danom regióne.

3.1 Všeobecný lekár ako gate-keeper

Všeobecný lekár v Pláne zabezpečuje pre klientov špecializovanú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom odporúčaní (**gate-keeping**). Pre klientov je výhodné tieto odporúčania rešpektovať (dôsledky ich porušenia v kapitole 2.3). Rovnako sú aj lekári motivovaní prednostne využívať sieť Plánu. Majú však právo odporúčať klientom aj poskytovateľov mimo siete, ak uznajú, že je to v záujme klienta.

3.2 Objednávkový systém

Všeobecný lekár umožňuje klientom Plánu objednať sa na konkrétny termín kontrolných, prípadne ďalších plánovaných vyšetrení. Poskytovanie objednávkového systému sa od lekára nevyžaduje v prípade akútnych vyšetrení klienta.

Všeobecný lekár môže klienta objednávať na vybrané termíny vyšetrení k špecializovaným lekárom siete Plánu MEDIPARTNER®, a to cez informačný systém Plánu.

3.3 Poskytovanie registračných formulárov záujemcom o Plán

Poistencom, ktorí prejavia záujem o Plán MEDIPARTNER[®], zabezpečia ambulancie všeobecných lekárov registračné formuláre a ak o to prejavia záujem, pomáhajú im pri ich vyplňaní. Všeobecní lekári v žiadnom prípade nemajú byť predajcami Plánu. Plán má svoju informačnú a reklamnú kampaň, ktorá slúži na oslovenie potenciálnych záujemcov. **Aktívna účasť poistencov na motivačnom programe však poskytuje lekárovi nástroj na pozitívnu motiváciu pacientov dodržiavať liečebný režim.**

3.4 Všeobecný lekár ako poskytovateľ služieb motivačného programu

Vybrané služby, ktoré všeobecný lekár poskytuje svojim pacientom za priamu úhradu, sú súčasťou motivačného programu Plánu. Znamená to, že klienti Plánu môžu pri čerpaní týchto služieb použiť body motivačného programu a tým pre seba znížiť ich cenu.

3.5 Vyššia kapitácia za plnenie kritérií

Všeobecní lekári Plánu sú počas doby trvania ich účasti v Pláne odmeňovaní navýšením kapitačnej platby za všetkých svojich kapitovaných poistencov ZP Dôvera vo výške až 15 % na poistenca. Výška odmeny je viazaná na plnenie výkonnostných kritérií, ktoré sú vyhlasované Administrátorom (v spolupráci s poisťovňou) vždy na obdobie jedného štvrťroka.

3.6 Forma účasti všeobecného lekára v Pláne MEDIPARTNER[®]

Účasť v Pláne MEDIPARTNER[®] je vyhradená len pre všeobecných lekárov zúčastňujúcich sa na organizovaní zdravotnej starostlivosti v Skupine nezávislých lekárskejších praxí (viď ďalej).

4. Skupina nezávislých lekárskeých praxí

4

4.1 Koncept

Primárna starostlivosť je v Pláne organizovaná prostredníctvom Skupín nezávislých lekárskeých praxí (ďalej ako „Skupina“). Podstatou je kontrakt zdravotnej poisťovne Dôvera so skupinou všeobecných lekárov, na základe ktorého táto skupina prijíma zodpovednosť za organizovanie tej časti zdravotnej starostlivosti poistencov, ktorá je ovplyvniteľná všeobecnými lekármi. **Ekonomickým vyjadrením tejto zodpovednosti je fond, za ktorého bilanciu nesie Skupina finančnú spoluzodpovednosť.** Kontrakt a všetky ostatné nevyhnutné nástroje pre jeho vytvorenie a administráciu poskytuje spoločnosť KLIENT PRO SK.

Organizovanie primárnej starostlivosti v Skupine je jednou zo štandardných foriem **riadenej zdravotnej starostlivosti**. Zmyslom je **dosiahnuť oveľa vyššiu účelnosť a účinnosť pri vynakladaní prostriedkov na zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre pacienta.**

4.2 Kompetencie zúčastnených, spoločný záujem

Zdravotná poisťovňa a všeobecní lekári majú veľmi rozdielne kompetencie a zodpovednosti:

Lekári sú zodpovední za výsledky zdravotnej starostlivosti.

Poisťovňa je zodpovedná za náklady na zdravotnú starostlivosť.

- **Všeobecní lekári** najlepšie poznajú zdravotné potreby svojich pacientov, takisto ako aj možné spôsoby ich naplnenia prostredníctvom zdravotnej starostlivosti. Oni sú tí, ktorí v prospech svojich pacientov robia veľkú časť rozhodnutí, prípadne takéto rozhodnutia ovplyvňujú.
- **Zdravotná poisťovňa** dokáže zhromaždiť prostriedky na úhradu nákladov potrebných na zabezpečenie zdravotných potrieb svojich poistencov. Poisťovňa tiež dokáže pracovať s finančným rizikom, ktoré predstavujú nepredvídateľné, neodvratné a finančne nákladné liečby poistencov. Zdravotná poisťovňa disponuje množstvom dát o nákladoch na zdravotnú starostlivosť, teda o ekonomických dôsledkoch rozhodnutí lekárov a pacientov.

V tomto projekte ide o **partnerstvo všeobecných lekárov a zdravotnej poisťovne v prospech pacienta**. Partnerstvo predpokladá spoločný záujem a ochotu vedúcu k spojeniu kompetencie a zodpovednosti oboch zúčastnených.

V každom partnerstve je dôležité vzájomné rešpektovanie záujmov toho druhého:

- **Poisťovňa musí rešpektovať záujem lekára na dobrom výsledku.**
- **Lekár musí rešpektovať záujem poisťovne na optimálnych nákladoch.**

Spoločným záujmom sú dobré výsledky za dobrú cenu.¹

Projekt ponúka usporiadanie vzťahov medzi všeobecnými lekármi a poisťovňou, ktoré tento vzájomný rešpekt podporuje.

1) Niekedy je potrebný kompromis. Často však nie je nevyhnutný: prekvapivo veľa dobrých výsledkov pre pacienta je lacnejších než zlé výsledky.

4.3 Základná myšlienka

Základná myšlienka je veľmi jednoduchá:

- 1) **Nech sú za vynakladanie prostriedkov na zdravotnú starostlivosť zodpovední tí, ktorí najviac ovplyvňujú náklady a najviac poznajú poistencov, teda všeobecní lekári.**
- 2) **Nech sú za kvalitné služby a účelné využívanie peňazí z verejného zdravotného poistenia aj adekvátne odmenení.**

Základom projektu je **moderný kontrakt zdravotnej poisťovne so skupinou všeobecných lekárov**. Na základe tohto kontraktu skupina preberá kontrolu nad významnou časťou prostriedkov zdravotného poistenia poistencov, ktorí sú u nich kapitovaní.

Lekárom skupiny pri plnení tejto úlohy pomáha Administrátor, ktorého si na to najímajú a ktorý má skúsenosti s riadením nákladov. Od neho dostávajú pravidelne podrobné a ciele informácie, ktoré dávajú do vzťahu štruktúru čerpanej zdravotnej starostlivosti a vynaložené náklady. Vďaka týmto informáciám môžu robiť kvalifikované rozhodnutia vedúce k dobrému výsledku a zároveň k úsporám.

Schopnosť **dosahovať úsporu, nie však na úkor pacienta**, je dôsledkom spojenia profesionálnych kompetencií lekárov a profesionálnych schopností riadiť náklady na zdravotnú starostlivosť. Činnosť, prostredníctvom ktorej sa toto uskutočňuje, sa v tomto projekte označuje ako **organizovanie zdravotnej starostlivosti**.

Organizovanie zdravotnej starostlivosti prinášajúcej úspory je **pre zdravotnú poisťovňu a jej klientov – poistencov – veľmi cenné**. Takto získané peniaze je možné použiť na zlepšenie zdravotnej starostlivosti (napr. na odmeny pre kvalitných poskytovateľov).

Preto skupine lekárov patrí za túto činnosť odmena vo forme významného navýšenia úhrady za nimi poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

Všeobecný lekár organizuje zdravotnú starostlivosť o svojho pacienta tak, ako by priamo hospodáril s jeho prostriedkami.

V žiadnom prípade nie je žiaducim výsledkom obmedzovanie nákladov na zdravotnú starostlivosť na úkor pacienta.

Motivácia lekárov šetriť je jednoduchá: odmena skupiny lekárov sa vypláca z ušetrených peňazí.

Tento systém je teda výhodný pre:

1) PACIENTA:

- ušetrené prostriedky sú použité na zlepšenie zdravotnej starostlivosti,
- posilňuje sa vzťah pacient – všeobecný lekár,
- integráciou zdravotnej starostlivosti s ostatnými poskytovateľmi sa zvýši jej kvalita,
- získavajú sa zdroje na financovanie motivačného programu,

2) VŠEOBECNÉHO LEKÁRA:

- posilňuje postavenie všeobecného lekára ako osobného lekára svojich pacientov, ktorý je spoluzodpovedný za celý liečebný proces,
- finančne odmeňuje lekárov za efektívne hospodárenie s prostriedkami svojich pacientov,
- podporuje výmenu informácií a komunikáciu s ostatnými lekármi v Skupine

3) POISŤOVŇU:

- účelnejšie vynakladanie prostriedkov svojich poistencov na kvalitnejšiu, účinnejšiu a bezpečnejšiu zdravotnú starostlivosť,
- spoluzapojenie významnej skupiny poskytovateľov pri udržiavaní vyrovnanej bilancie hospodárenia.

4.4 Prečo skupina lekárov?

Partnerom poisťovne v takomto projekte nemôže byť každý všeobecný lekár samostatne. Dôvodov je niekoľko:

4.4.1 SCHOPNOSŤ ZNÁŠAŤ FINANČNÉ RIZIKO

Objem prostriedkov, za ktorý zodpovedá skupina všeobecných lekárov, vychádza z nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktorú vedia priamo alebo nepriamo ovplyvniť. Tieto prostriedky sú evidované prostredníctvom **fondy zdravotnej starostlivosti Skupiny** (viď nasledujúca kapitola).

Ide o veľmi významnú časť prostriedkov verejného zdravotného poistenia, zhruba 43 % všetkých výdavkov na zdravotnú starostlivosť poistencov, hradenú zo zdravotného poistenia. Pritom lekári sú sami príjemcami len približne jednej osminy týchto prostriedkov. Zvyšok tvoria úhrady iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

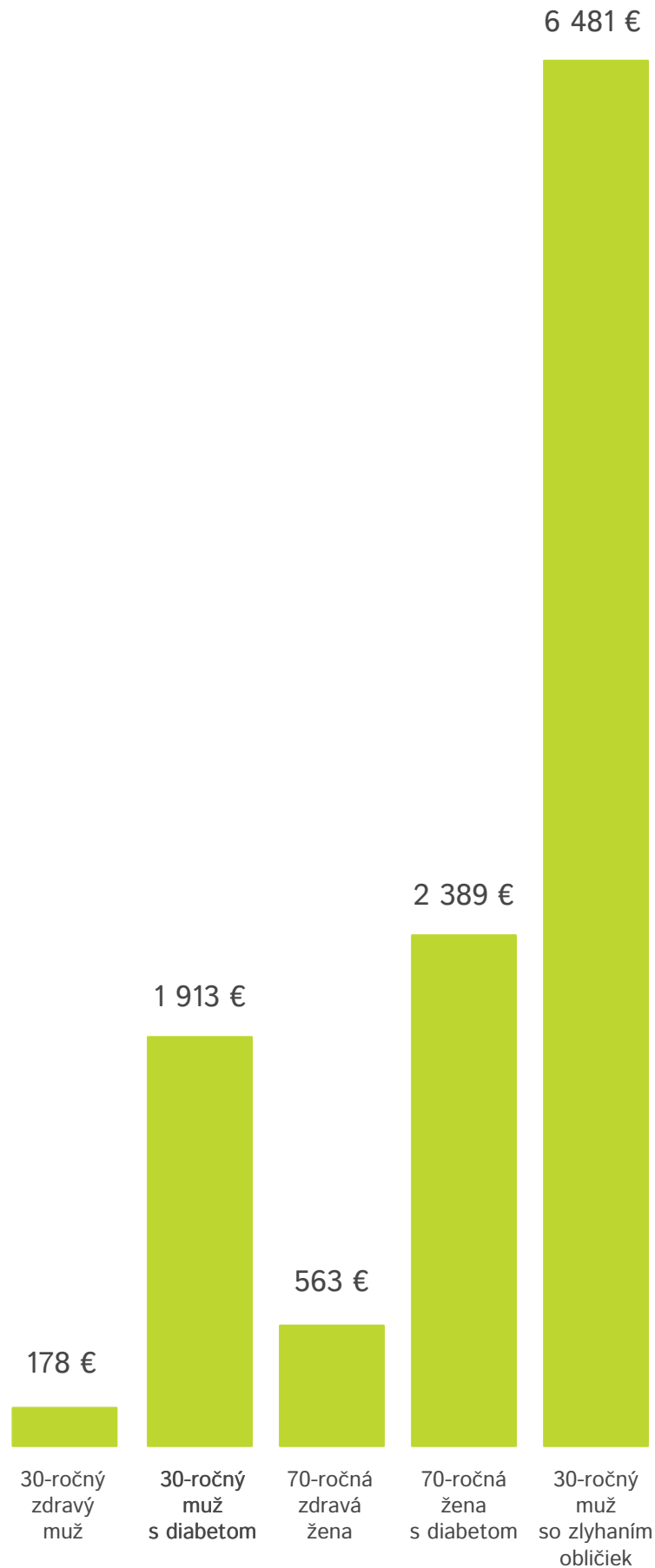
Fond zdravotnej starostlivosti Skupiny je napíňaný na základe údajov o priemerných nákladoch poistencov poisťovne **v danom regióne v závislosti od pohlavia, veku, ekonomickej aktivity a chorobnosti stanovovanej podľa chronickej farmakoterapie – PCG.**² Na výšku reálnych výdavkov má vplyv nielen správanie všeobecného lekára, ale tiež správanie ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ďalej konkrétny kmeň pacientov (niektorý lekár má menej chorých pacientov ako iný), a v neposlednom rade aj množstvo úplne náhodných vplyvov, ktoré nie je možné vôbec ovplyvniť.³

2) PCG (pharmacy-based cost group model) – model, ktorý predikuje náklady na poistencov na základe záznamov o preskripcii liekov konkrétnemu poistencovi. Tento model pracuje s približne dvadsiatimi piatimi diagnostickými skupinami. Používa sa napr. v Holandsku a v USA.

3) Tu je možné si predstaviť na jednej strane napr. epidémiu chrípky ako náhodný sezónny vplyv alebo na druhej strane náhodný výskyt ochorenia či úrazu, ktoré spotrebujú veľké množstvo prostriedkov (zriedkavé vážne ochorenia, autonehody a pod.).

Graf: Príklady štvrtročných príjmov fondu Skupiny na poistencov s rôznym rizikom

Na chronicky chorých poistencov je vďaka PCG vo fonde k dispozícii významne viac peňazí ako na zdravých poistencov.



V prípade, že by bol podobný kontrakt obmedzený na jediného lekára, mohli by tieto náhodné vplyvy úplne zastaviť jeho snahu o organizovanie účinnej a účelnej zdravotnej starostlivosti o jeho pacientov. Toto riziko klesá s rastúcim počtom poistencov, ktorých výdavky sú evidované v rámci fondu (**kmeň Skupiny**). Pri dosiahnutí dostatočného počtu (a pri súčasnom použití zaistenia rizika – vid' ďalej) je také riziko zanedbateľné.

Preto je potrebné sústrediť do jedného fondu prostriedky na úhradu zdravotnej starostlivosti väčšieho počtu poistencov a tým vyriešiť problém finančného rizika.

4.4.2 ADMINISTRATÍVNE NÁKLADY

Ďalším dôvodom sú náklady spojené s organizovaním zdravotnej starostlivosti, najmä náklady na spracovanie a poskytovanie informácií o štruktúre starostlivosti a jej nákladoch.

Administratívne náklady sú len z menšej časti závislé na veľkosti kmeňa Skupiny a na počte zúčastnených lekárov. Preto je pre lekárov výhodné celý systém organizovať v spolupráci s ďalšími lekármi, pretože sa tým znižuje podiel každého z nich na krytí týchto nákladov a zlepšuje sa tak ich hospodársky výsledok.

4.4.3 VPLYV KOMUNITY

Významným prínosom je vytvorenie **komunity lekárov, ktorí majú spoločný cieľ a spoločnú zodpovednosť**. V takej komunite sa vytvárajú – komunikáciou o spoločných problémoch – riešenia, ktoré môžu všetci zdieľať. Význam takej komunikácie je neoceniteľný.

Toto sú tri najdôležitejšie prirodzené dôvody pre pristúpenie ku kontraktu, v ktorom je na jednej strane poisťovňa a na druhej strane skupina lekárov. Toto usporiadanie je preverené mnohými rokmi jeho používania napr. v USA, vo Švajčiarsku a v iných krajinách.

4.5 Lekári v Skupine zostávajú nezávislí

Lekári sa združujú za účelom spoločného kontraktu s poisťovňou. Ide o zmluvný vzťah medzi zúčastnenými lekármi, poisťovňou a Administrátorom. Nevzniká pritom nový právny subjekt a nejde ani o skupinu s právnou subjektivitou.

Všeobecní lekári združení do Skupiny si zachovávajú autonómiu v rozhodovaní. Nemení sa vlastníctvo ich ambulancií, ich lekárske praxe zostávajú nezávislé.

Jednotliví lekári sú naďalej ekonomicky a profesionálne úplne nezávislí. Preto sa toto združenie nazýva **Skupina nezávislých lekárskeho praxí**.⁴

Lekár zostáva autonómny v rozhodovaní, akú zdravotnú starostlivosť poskytne svojim pacientom. **Môže sa však rozhodnúť pre zmenu klinického štýlu, ak ho o správnosti takejto zmeny presvedčia kolegovia v komunite alebo Administrátor.**

Spoločnosť KLIENT PRO SK ako Administrátor pripravila kompletnú zmluvnú štruktúru vhodnú pre toto usporiadanie a poisťovňa ju dáva k dispozícii všeobecným lekárom.

Všeobecný lekár v Skupine má uzatvorené dve zmluvy: jednu so zdravotnou poisťovňou a jednu s Administrátorom.

Všetky potrebné formálne a administratívne agendy spojené s existenciou Skupiny a ich náklady rieši Administrátor.

Zmyslom je, aby účasť na Skupine neznamerala pre lekárov žiadne ďalšie administratívne zaťaženie.

4) Ide o preklad z anglického termínu „Independent practice association“.

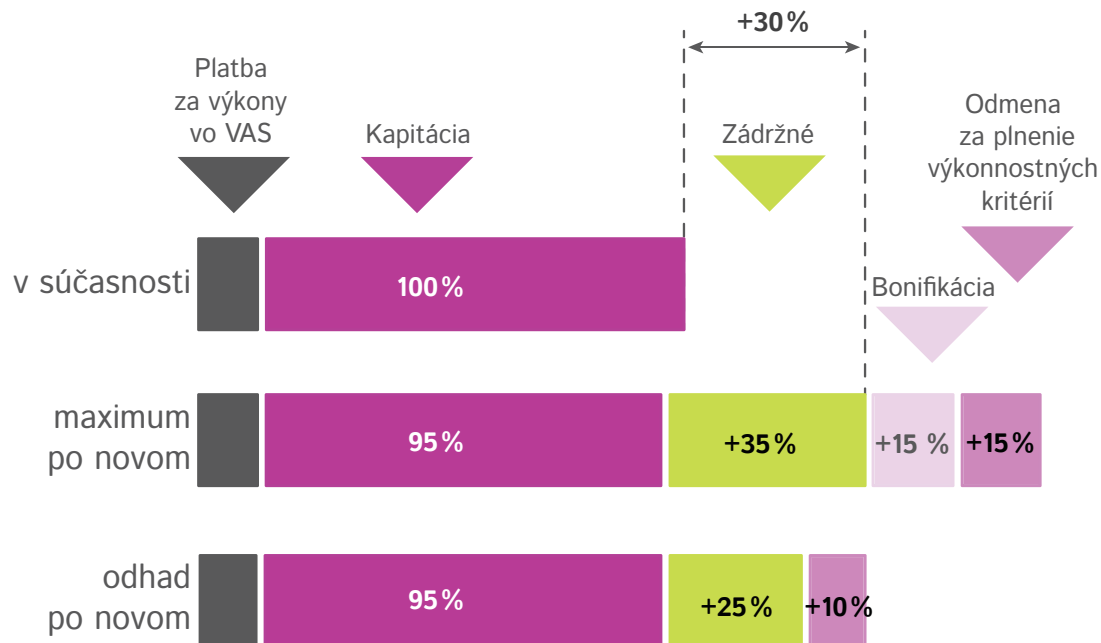
4.6 Prospech všeobecných lekárov z účasti v Skupine

Každý všeobecný lekár, ktorý sa zúčastňuje kontraktu, získava **navýšenie kapitačnej platby vo výške 30 % na poistenca a mesiac**. Toto navýšenie je spoločným príjmom Skupiny, a týmto príjmom tiež Skupina ručí za vyrovnanú bilanciu fondu (**zádržné**). **Výška zádržného je stanovená na 35 % kapitácie za poistenca**.

Poistovňa vyplatí zádržné jednotlivým lekárom v plnej výške až po vyhodnotení bilancie fondu, pričom lekári sa podieľajú na výplate zádržného rôznou mierou, na základe ich individuálnych výsledkov. Časť zádržného dostávajú lekári vyplatenú v podobe mesačných a štvrtročných záloh (podrobnejšie vid' 6. kapitolu).

V prípade prebytkovej bilancie fondu získavajú lekári Skupiny **bonifikáciu až do výšky 15 %** kapitačnej platby za poistenca a mesiac.

Ďalších 15 % môžu lekári získať **na základe plnenia štvrtročných výkonnostných kritérií** (podrobnejšie vid' kapitolu 3.5)



5. Fond zdravotnej starostlivosti Skupiny

5.1 Zmysel fondu

Fond zdravotnej starostlivosti Skupiny sa vedie vo výške časti prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

Administrátor vo fonde eviduje príjmy a výdavky na zdravotnú starostlivosť na základe údajov zo zdravotnej poisťovne a dáva ich Skupine k dispozícii. Funkciou fondu je sledovať vplyv organizovania zdravotnej starostlivosti na náklady zdravotnej poisťovne.

Ekonomickým cieľom Skupiny je udržať vyrovnanú bilanciu fondu, prípadne ušetriť.

Súčasťou nákladov fondu je i odmena lekárov za organizovanie zdravotnej starostlivosti. Pokiaľ sa Skupine podarí udržať vyrovnanú bilanciu, získava odmenu v plnej výške. Navyše môže získať ďalšiu bonifikáciu v prípade, že dosiahne prebytok v hospodárení fondu.

5.2 Rozsah zdravotnej starostlivosti krytej fondom

Rozsah fondu zdravotnej starostlivosti Skupiny rešpektuje dve pravidlá:

- 1) Ide o zdravotnú starostlivosť ovplyvniteľnú úplne alebo aspoň čiastočne všeobecným lekárom.
- 2) Zahrnutý rozsah nesmie vytvárať motivácie k nekorektným zmenám v štruktúre zdravotnej starostlivosti presúvaním nákladov mimo rozsah fondu.

Druhé pravidlo je možné vysvetliť na nasledujúcom príklade:

Ak by napríklad do fondu nebola nijakým spôsobom zahrnutá nemocničná starostlivosť, zodpovednosť za náklady fondu by vytvárala finančnú motiváciu k zbytočným hospitalizáciám, pretože pacient umiestnený na nemocničnom lôžku by znamenal úsporu v nákladoch fondu (za starostlivosť nečerpanú ambulantne).

Fond zahŕňa náklady na tieto druhy zdravotnej starostlivosti:

- 1) Starostlivosť **všeobecných lekárov** vrátane LSPP
- 2) Ambulantné kontakty **špecialistov** až do výšky 15 € na kontakt⁵
- 3) Výkony **spoločných vyšetrovacích a laboratórnych zložiek** poskytnuté ambulantne až do výšky 15 € na výkon
- 4) **Lieky** na predpis bez preskripčného obmedzenia
- 5) **Zdravotnícke pomôcky** na predpis bez preskripčného obmedzenia
- 6) Časť nákladov na **hospitalizáciu** vyčíslená čiastkou 120 € za každú hospitalizáciu a ďalších 30 € za každý hospitalizačný deň (bez ohľadu na skutočnú cenu hospitalizácie a hospitalizačného dňa a bez ohľadu na ďalšie náklady hospitalizácie)
- 7) Náklady na **zdravotnú dopravu** mimo času hospitalizácie a mimo rýchlu a leteckú záchrannú zdravotnú službu
- 8) Náklady na **domácu starostlivosť**

5) Pod ambulantným kontaktom sa rozumie všetka zdravotná starostlivosť, ktorá bola poskytnutá jednému poistencovi v jeden deň v jednej ambulancii určitého poskytovateľa.

Nasledujúce údaje ukazujú ročný objem fondu a finančné proporcie jednotlivých druhov starostlivosti pri vybranom počte 25 000 poistencov. Údaje vychádzajúce z reálnych dát kmeňov poistencov zdravotnej poisťovne Dôvera v tomto regióne.

Počet poistencov:	25 000
Riziko poistného kmeňa oproti priemeru:	1,041 ⁶
Počet rizikovo vážených poistencov:	26 018
Celkové náklady poisťovne:	15,961 mil. €
Náklady zahrnuté do fondu:	6,569 mil. €

Druh starostlivosti	Náklady (€)	Podiel na nákladoch fondu (%)	Podiel na celkových nákladoch (%)
Výkony primárnej starostlivosti	141 083	2,1 %	0,9 %
Kapitácia primárnej starostlivosti	574 234	8,7 %	3,6 %
Ambulantné kontakty špecialistov	1 287 731	19,6 %	8,1 %
Výkony SVLZ	1 326 390	20,2 %	8,3 %
Lieky	1 488 050	22,7 %	9,3 %
Zdravotnícke pomôcky	18 328	0,1 %	0,1 %
Hospitalizácie	1 658 385	25,2 %	10,4 %
Doprava	94 094	0,7 %	0,3 %
Domáca starostlivosť	73 980	0,6 %	0,2 %
FOND SPOLU	6 569 073	100,0 %	41,2 %

6) Riziko poistného kmeňa oproti priemeru vo výške 1,041 znamená, že kmeň má o 4,1 % vyššie náklady ako priemerný poistenec zdravotnej poisťovne Dôvera v regióne.

Uvedená štruktúra výdavkov poskytuje prvú informáciu o tom, kde hľadať potenciálne úspory.

Pre porovnanie je dobré uviesť už na tomto mieste, že ročný výnos Skupiny pri vyrovnanej bilancii fondu pri počte poistencov napr. 25 000 môže byť viac než 200 000 €.

5.3 Virtuálny finančný účet fondu

Pre účely presného sledovania hospodárenia fondu zdravotnej starostlivosti Skupiny je vedený **virtuálny finančný účet fondu**.

Ide o oddelenú „účtovnú“ evidenciu, ktorá slúži na kontrolu efektívneho využívania nákladov, a teda nie o skutočný fond, v ktorom by sa zhromažďovali finančné prostriedky poisťovne.

Technika virtuálneho finančného účtu sa používa na časovú evidenciu príjmov a výdavkov fondu zdravotnej starostlivosti. Od vyhodnotenia finančného účtu fondu sa odvíja zmluvné plnenie vyplývajúce z kontraktu medzi poisťovňou a skupinou všeobecných lekárov.

Zostatok Finančného účtu fondu po uzávierke kalendárneho štvrťroku je rozhodujúci pre vysporiadanie odmeny a pre prípadnú výplatu bonifikácie.

Finančný účet fondu vedie Administrátor na základe údajov, ktoré Skupine poskytuje poisťovňa. **Administrátor dáva všetkým zúčastneným poskytovateľom a poisťovni výpisy z tejto evidencie a pravidelne o tom s nimi komunikuje.**

Virtuálny finančný účet umožňuje lekárom Skupiny, aby mohli kontrolovať prostriedky fondu rovnako, ako keby to boli reálne im zverené finančné prostriedky.

6. Príjmy fondu

Objem fondu je určovaný na základe historických výdavkov poisťovne na zdravotnú starostlivosť zahrnutú do fondu. Poisťovňa vypočíta skutočné priemerné výdavky započítavané do fondu na poistencov, ktorí sú kapitovaní u všeobecných lekárov nezapojených do Skupiny, pričom pri výpočte zohľadní riziko tohto kmeňa podľa veku, pohlavia, ekonomickej aktivity a PCG.

Do výpočtu kapitačných sadzieb pre príjem fondu sú zahrnutí len poistenci daného regiónu – **referenčný kmeň**.

Veľkosť príjmu na rizikovo váženého, tzv. jednotkového poistenca sa následne prenásobí koeficientom, ktorý sa nazýva diferencia a ktorý predstavuje podiel medzi priemernými nákladmi na jednotkového poistenca v kmeni Skupiny a v referenčnom kmeni pred účinnosťou zmlúv.

Takto vzniknú čiastky, ktoré sa ako príjem fondu priznávajú (v závislosti od pohlavia, veku, ekonomickej aktivity a zaradenia podľa PCG) mesačne za každého poistenca, ktorý je v danom mesiaci kapitovaný u niektorého zo všeobecných lekárov Skupiny.

Súčet všetkých čiastok za všetkých poistencov kmeňa Skupiny je potom vyčíslovaný na finančnom účte Plánu ako jeho príjmová položka (príjmy fondu).

6.2 Výdavky fondu

Ako výdavky fondu sú evidované všetky náklady na zdravotnú starostlivosť zahrnuté do fondu za tých poistencov poisťovne, ktorí boli v čase čerpania starostlivosti kapitovaní u niektorého z všeobecných lekárov participujúcich v Skupine.

Kompletné dáta o týchto nákladoch sú raz mesačne zasielané Administrátorovi, ktorý z nich vyčíslí výdavkovú položku finančného účtu fondu. Tieto dáta potom slúžia ako zdroj informácií o štruktúre a nákladoch zdravotnej starostlivosti. Informácie a analýzy pripravuje pre lekárov Administrátor. Na základe toho lekári organizujú zdravotnú starostlivosť pre svojich pacientov.

6.3 Zaistenie rizika vysokých výdavkov

Vieme už, že lekári sa združujú najmä preto, aby vytvorili spoločne dostatočne veľký **kmeň poistencov**. Tým sa minimalizuje riziko, že náhodné vplyvy zabrzdia dobrý finančný výsledok ich snahy o účelné organizovanie zdravotnej starostlivosti.

Fond zdravotnej starostlivosti Skupiny obsahuje ešte jeden ďalší štandardný mechanizmus, ktorým sa toto riziko ďalej znižuje, a tým je **zaistenie rizika**.

6.3.1 PRINCÍP ZAISTENIA RIZIKA

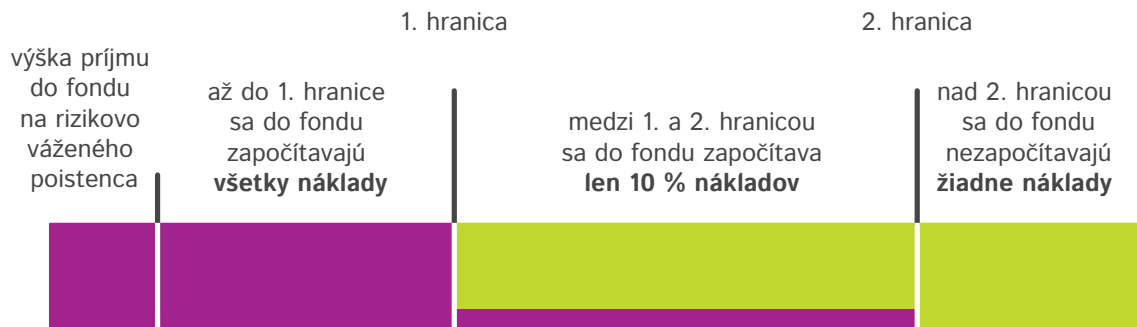
Zaistenie rizika nie je nič iné ako istý druh poistenia. Poisťovňa pre lekárov poisťuje ich fond proti riziku náhodných vysokých nákladov u konkrétnych pacientov. Výsledkom je, že sa Skupina nemusí týchto nákladov obávať, pretože náklady jednotlivých poistencov nad stanovenú hranicu (hovorí sa jej **hranica zaistenia**) už neovplyvňujú bilanciu fondu ani jednotlivých lekárov. Toto riziko si poisťovňa ponecháva.

Lekári v Skupine sú zaistení proti riziku: extrémne výdavky na poistencov sa Skupine do fondu nezapočítavajú.

Vo fonde je zaistenie rizika zohľadnené tým, že príjmy fondu sa vypočítavajú zo zaistených výdavkov referenčného kmeňa. **Vysporiadanie zaistenia** extrémnych nákladov sa vykonáva raz za štvrtrok a je evidované **na finančnom účte fondu**.

6.3.2 HRANICE ZAISTENIA A SPOLUÚČASŤ

Hranica štvrtročných nákladov jednotlivých pacientov je stanovená dvoma pásmami. Do fondu sa započítava 100 % všetkých nákladov až do hranice 5-násobku priemerných štvrtročných nákladov fondu nad štvrtročným príjmom fondu za poistenca. Z ďalších nákladov sa do fondu započítava len 10 %, a to až do maximálnej výšky dosiahnutia 50-násobku priemerných štvrtročných nákladov fondu nad štvrtročným príjmom fondu za poistenca. Nad touto hranicou sa do fondu nezapočítavajú žiadne ďalšie náklady. Objem zaistených nákladov nad touto hranicou tvorí približne 12 % celkových nákladov fondu.



6.4 Odmena Skupiny a bonifikácia

Každému všeobecnému lekárovi, ktorý sa rozhodne prostredníctvom Skupiny organizovať zdravotnú starostlivosť pre svojich pacientov, poisťovňa podstatne zvýši výšku kapitácie⁷. Navýšenie predstavuje až 30 % za každého jednotlivého poistenca za mesiac a platí počas celého zmluvne definovaného obdobia (1 rok).

Navýšenie kapitácie však znamená zvýšenie výdavkov fondu, pretože do fondu sa započítava aj zdravotná starostlivosť poskytovaná všeobecnými lekármi. Toto zvýšenie predstavuje približne 1,5 % objemu fondu.

Aby Skupina udržala vyrovnanú bilanciu fondu pri tejto odmene, musí dosiahnuť úsporu v nákladoch na inú zdravotnú starostlivosť v rovnakej výške.

V prípade, že Skupina dosiahne vyššiu úsporu než je potrebná na pokrytie zvýšenej kapitácie, prejaví sa to kladným zostatkom fondu. V takom prípade má Skupina nárok na podiel z tohto prebytku, ktorý jej je vyplácaný jednorazovo na konci ročného obdobia kontraktu ako **bonifikácia**. Bonifikácia môže zvýšiť priemernú kapitačnú úhradu každého lekára v Skupine **o ďalších 15 %** na poistenca a mesiac.

Spolu môže Skupina dosiahnuť za dobrú bilanciu fondu navýšenie kapitácie až o 45 % za každého poistenca a mesiac.

Tento výsledok znamená pre lekára s 1000 kapitovanými poistencami v priemere⁸ navyše ročný príjem cca 10 000 €. ⁹

- 7) Na navýšenie základnej kapitácie o dnes existujúcu doplnkovú kapitáciu nemá účasť v Skupine žiaden vplyv, tieto čiastky zostávajú bez zmien.
- 8) Ako je vysvetlené ďalej, odmena a bonifikácia nie sú v Skupine rozdeľované každému rovnako, záleží na podiele toho-ktorého lekára na spoločnom výsledku.
- 9) Čiastka po odčítaní obvyklých administratívnych nákladov, teda de facto zisk.

6.5 Zádržné

Navýšenú kapitačnú platbu (+ 30%), zvýšenú o dohodnutú časť základnej kapitačnej sadzby (5 % kapitácie na každého poistenca) nedostanú lekári naraz. Tieto prostriedky sú v priebehu roka evidované v zdravotnej poisťovni ako **zádržné a lekári Skupiny nimi spoločne ručia za vyrovnanú bilanciu fondu**. Je to časť úhrady, ktorá je „zadržovaná“, aby mohla pokryť prípadný deficit fondu.

Znamená to, že výška skutočne vyplateného zádržného sa znižuje o prípadný deficit evidovaný na finančnom účte fondu Skupiny.

Časť zádržného je rozdeľovaná medzi členov skupiny počas roka vo forme záloh na zádržné. Mesačne má každý participujúci lekár nárok na zálohu vo výške 7,5 % kapitácie na každého poistenca. Okrem toho sa časť zádržného lekárom vypláca štvrtročne, na základe aktuálnej bilancie fondu.

Zádržné zaručuje, že Skupina získa svoju odmenu len v prípade, že naň ušetrí lepšou organizáciou zdravotnej starostlivosti.

Kontrakt je postavený tak, že až do výšky zádržného majú z úspor prospech výhradne všeobecní všeobecní lekári Skupiny.

6.6 Bonifikácia v prípade prebytku fondu

Až keď Skupina dosiahne vyrovnané hospodárenie fondu, t.j. po vyplatení celého zádržného všeobecným lekárom Skupiny, začne mať prospech z úspor aj poisťovňa. Prebytok evidovaný na finančnom účte fondu sa totiž rozdeľuje na tretiny:

- 1) jednu tretinu získa Skupina formou bonifikácie, až do maximálnej výšky predstavujúcej priemerne 15 % kapitačnej platby na každého poistenca a mesiac,
- 2) jednu tretinu si ponechá poisťovňa,
- 3) jedna tretina zostáva na finančnom účte fondu a zlepšuje bilanciu fondu v nasledujúcom období.

6.7 Modelové príklady hospodárenia Skupiny a kalkulácie prerozdelenia

Príklad je kalkulovaný na vyššie predstavený modelový kmeň Skupiny s veľkosťou 25 000 poistencov.

V prvom príklade zostal na konci ročného obdobia kontraktu na finančnom účte fondu Skupiny mierny deficit. Skupina si preto nemôže vyplatiť celé zádržné, ale len približne 75 %. Všeobecný lekár v Skupine tak dostane priemerne o 22 % viac ako lekári, ktorí sa do projektu nezapojili (po odpočítaní nákladov na administráciu je to približne 15 % navýšenie príjmov všeobecných lekárov v skupine).

Keďže fond je v deficite, bonifikácia sa lekárom v Skupine nevypláca, poisťovňa nezískava žiaden podiel a stav účtu pre nasledujúce obdobie je na nule.

Príklad 1 – mierny deficit fondu

Charakteristika fondu

Počet poistencov:	25 000
Počet rizikovo vážených poistencov:	26 018
Zádržné:	210 tis. €

Bilancia Skupiny

Príjmy fondu:	5 600 tis. €
Výdavky fondu:	6 550 tis. €
Vysporiadanie zaistenia:	-900 tis. €
Bilancia Skupiny	-50 tis. €

Rozdelenie zádržného:

Vrátenie zádržného poisťovni:	50 tis. €
Zádržné na rozdelenie:	160 tis. €
Preplatenie admin. nákladov lekárom:	30 tis. €
Rozdelenie zádržného podľa podielov:	130 tis. €

Zostatok finančného účtu – prevod do nasledujúceho obdobia:	0 €
---	-----

V druhom príklade je fond Skupiny pri ročnom zúčtovaní v prebytku. Skupina si preto vyplatí celé zádržné a okrem toho aj jednu tretinu zostatku na účte (maximálny limit bonifikácie nebol dosiahnutý). Všeobecný lekár v Skupine tak dostane priemerne o 38 % viac ako lekári, ktorí sa do projektu nezapojili (po odpočítaní nákladov na administráciu je to približne 30%-né navýšenie príjmov pre všeobecných lekárov v Skupine).

Vďaka prebytkovému hospodáreniu v tomto roku zostáva 50 tis. € na účte Skupiny ako počiatočný zostatok pre nasledujúce obdobie. Skupina si tak vytvorila rezervu na prípadné horšie hospodárenie v nasledujúcom roku.

Príklad 2 – prebytok fondu

Charakteristika fondu

Počet poistencov:	25 000
Počet rizikovo vážených poistencov:	26 018
Zádržné:	210 tis. €

Bilancia Skupiny

Príjmy fondu:	5 600 tis. €
Výdavky fondu:	6 350 tis. €
Vysporiadanie zaistenia:	-900 tis. €
Bilancia Skupiny	+150 tis. €

Rozdelenie zádržného:

Zádržné na rozdelenie:	210 tis. €
Preplatenie admin. nákladov lekárom:	30 tis. €
Rozdelenie zádržného podľa podielov:	180 tis. €
Rozdelenie bonifikácie:	50 tis. €

Zostatok finančného účtu – prevod do nasledujúceho obdobia:	50 tis. €
---	-----------

6.8 Zhrnutie

Technika virtuálneho finančného účtu umožňuje lekárom Skupiny kontrolovať prostriedky fondu rovnako, ako keby to boli reálne im zverené finančné prostriedky. Zároveň umožňuje, aby fond mohol byť zaistený proti riziku extrémnych výdavkov.

Vďaka tomu sa lekári Skupiny môžu korektne snažiť ušetriť s tým, že ako odmenu získavajú všetky ušetrené peniaze až do výšky navýšenia kapitačnej úhrady. Úspory dosahujú lepšou organizáciou zdravotnej starostlivosti.

Ďalšie úspory potom vedú k prebytku na finančnom účte fondu, o ktorý sa lekári delia s poisťovňou. Za dobrú koordináciu starostlivosti o pacienta tak dostávajú odmenu.

7. Rozdelenie výnosov medzi lekárov Skupiny

Opakujeme, že výnos Skupiny závisí od hospodárenia fondu. V prípade jeho deficitu získava Skupina zostatok zádržného po pokrytí deficitu. V prípade vyrovnaného hospodárenia zostáva Skupine celé zádržné. V prípade prebytkovej bilancie sa výnos Skupiny zvyšuje o bonifikáciu.

Pripomíname, že výnos vždy vzniká navýšením kapitačnej platby **všetkým** zúčastneným všeobecným lekárom.

7.1 Princíp rozdelenia

Lekári Skupiny si medzi sebou teda delia zádržné, resp. jeho zostatok, a prípadne aj bonifikáciu. Pri rozdelení výnosu sa postupuje tak, že:

- **Ako prvé sú všetkým lekárom uhradené ich náklady** (ide o ich podiel na odmene Administrátorovi – vid' kapitola 8.3) a zadržovaná časť základnej kapitácie (5 %).
- Zostatok výnosu sa rozdelí tak, aby bol **zohľadnený príspevok jednotlivých poskytovateľov k výsledku celej Skupiny**.

7.2 Miera podielu na výsledku

Každý zúčastnený všeobecný lekár sa podieľa na výsledku celej Skupiny bilanciou svojich vlastných pacientov. Každé zlepšenie jeho individuálnej bilancie vedie k zlepšeniu výsledku celej Skupiny. Preto je podiel každého všeobecného lekára na výsledku celej Skupiny určený jeho individuálnou bilanciou.

Základným parametrom je bilancia (úspora/strata) týkajúca sa rizikovo váženého (jednotkového) poistenca v kmeni daného poskytovateľa.

7.3 Bilancia všeobecného lekára

Bilancia všeobecného lekára zodpovedá podielu na bilancii Skupiny, ktorý pripadá na kmeň poskytovateľa. Je daná ako príjmy mínus výdavky plus vysporiadanie zaistenia, všetko vo vzťahu ku kmeňu poistencov kapítovaných u konkrétneho lekára. Je možné ju zmerať v absolútnej hodnote alebo relatívne v percentách – saldo položiek vydelené príjmami.

Bilancia poskytovateľa môže byť sledovaná priebežne počas celého sledovaného obdobia po štvrtrokoch.

7.4 Vzorec pre rozdelenie zádržného

Zádržné sa rozdeľuje tak, aby extrémne výsledky (extrémna úspora alebo extrémna strata) neovplyvňovali výšku podielu na zádržnom a zároveň relatívne rozdiely v príjme medzi jednotlivými poskytovateľmi boli prijateľné.

Toto pravidlo zároveň zachováva individuálnu motiváciu o dosiahnutie čo najlepšieho výsledku rovnako na úrovni celej Skupiny (t.j. čo najväčší celkový zostatok zádržného), ako aj na úrovni jednotlivého poskytovateľa (čo najvyšší podiel na zádržnom).

Aj tí poskytovatelia, ktorých individuálna bilancia je na začiatku deficitná, môžu mať prospech z dobrého výsledku celej Skupiny, a zo zlepšenia svojej vlastnej individuálnej bilancie.

Vzorec transformuje bilanciu konkrétneho poskytovateľa na **jednotkový podiel**.

Jednotkový podiel každého všeobecného lekára v Skupine je zložený z dvoch častí. **Jednu časť tvorí jeho podiel na výnose celej Skupiny a druhú miera jeho zlepšenia oproti minulému obdobiu.**

Pri deficite 22 % a horšom a pri nezlepšení oproti predchádzajúcemu obdobiu nemá všeobecný lekár nijaký podiel na výnose, okrem úhrady svojich vlastných nákladov a zadržovanej časti základnej kapitácie. Toto je najhorší možný výsledok.

Individuálna bilancia všeobecného lekára sa vyhodnocuje v pásme obvyklých výsledkov od deficitu 22 % (-22 %) do prebytku 18 % (+18 %). Jeho jednotkový podiel rovnomerne stúpa so zlepšujúcou sa bilanciou, takže

- pri deficitnej bilancii -22 % a menej má hodnotu nula,
- pri bilancii -2 % má hodnotu práve jednej,
- pri dosiahnutí prebytku 18 % má dvojnásobnú hodnotu.

V prípade extrémneho prebytku (18 % a viac) zostáva **jednotkový podiel dvakrát väčší oproti podielu lekára, ktorý dosiahol vyrovnanú bilanciu.**

Jednotkový podiel všeobecného lekára **sa ďalej navyšuje o 0,1** za každý celý percentuálny bod **zlepšenia bilancie oproti bilancii z predchádzajúceho obdobia.**

7.5 Vlastné rozdelenie zádržného

Všeobecný lekár získa takú časť zádržného, aká zodpovedá počtu jeho jednotkových podielov. Ten je daný ako súčin jednotkového podielu a počtu mesiacov poistenia jednotkových poistencov kapitovaných u neho v priebehu sledovaného obdobia (jedného roku).

Hodnota jednotky sa vypočíta vydelením zostatku zádržného celkovou sumou jednotkových podielov všetkých zúčastnených lekárov. Táto hodnota je kalkulovaná v eurách.

7.6 Výsledok

Vybrané pravidlo rozdelenia zádržného spôsobuje, že výnos je – **po pokrytí všetkých nákladov** – rozdeľovaný medzi lekárov **nerovnomerne podľa toho, ako sa podieľali na spoločnom výsledku**. Platí ale, že každé zlepšenie individuálneho výsledku každého lekára zlepšuje nielen jeho vlastný výnos, ale tiež výnos všetkých ostatných lekárov.

7.7 Modelový príklad rozdelenia zádržného a bonifikácie

Delenie zádržného a bonifikácie pri prebytku fondu (zodpovedá bilancii Skupiny podľa príkladu 2 uvedeného vyššie).

Zádržné na rozdelenie:	210 tis. €
Preplatenie administratívnych nákladov lekárom:	30 tis. €
Rozdelenie zádržného (podľa bilancie lekárov):	180 tis. €
Rozdelenie bonifikácie (podľa bilancie lekárov):	50 tis. €

Preplatenie administratívnych nákladov je vo výške skutočných nákladov zaplatených účastníkmi (zmluvne dohodnuté administratívne poplatky Administrátorovi).

Delenie zádržného podľa bilancie lekárov (traja účastníci Skupiny):

Účastník	Bilancia	Jednotkových poistencov	Jednotkový podiel	Počet podielov	Podiel na zádržnom
Lekár 1	-10 %	1 000	0,5	500	3 000
Lekár 2	0 %	1 000	1,0	1 000	6 000
Lekár 3	+10 %	1 000	1,5	1 500	9 000
(...)					
Spolu		24 000		30 000	180 000

Cena podielu na zádržnom je 180 tis. € / 30 000 = 6,0 €

Delenie bonifikácie podľa bilancie lekárov:

Účastník	Bilancia	Jednotkových poistencov	Počet podielov na bonifikácii	Podiel na bonifikácii
Lekár 1	-10 %	1 000	0	0
Lekár 2	0 %	1 000	1 000	2 500
Lekár 3	+10 %	1 000	1 500	3 750
(...)				
Spolu		24 000	20 000	50 000

Cena podielu na bonifikácii je 50 tis. € / 20 000 = 2,5 €

Účastník Lekár 1 nedosahuje hranicu potrebnú pre bonifikáciu.

Ekonomický výsledok účastníkov:

Účastník	Preplatenie admin. nákladov	Podiel na zádržnom	Podiel na bonifikácii	Podiel Administrátora	Čistý zisk
Lekár 1	1 200	3 000	0	- 264	2 736
Lekár 2	1 200	6 000	2 500	- 748	7 752
Lekár 3	1 200	9 000	3 750	- 1 122	11 628

Čistý zisk je už po odpočítaní administratívnych poplatkov a podielu Administrátora na výsledku.

8. Administrátor

8

Základným zmyslom Skupiny je **dosahovať úsporu, nie však na úkor pacientov**. Preto sa lekári združujú (aby ani vysoké a nepredvídané náklady neohrozili celkový výsledok), a **preto si najímajú Administrátora ako manažéra nákladov** fondu zdravotnej starostlivosti. Administrátor spracováva údaje o štruktúre nákladov ich pacientov do podoby zmysluplných informácií o tom, kde sú peniaze fondu, ktorý kontrolujú, vynakladané neúčelne. Administrátor zaisťuje aj mnoho ďalších veľmi dôležitých činností ako pre Skupinu, tak pre poisťovňu. Zmyslom je, aby účasť na Skupine neznamena**la pre lekárov žiadne ďalšie administratívne zaťaženie**.

Administrátor je dôležitý tiež preto, že spracováva všetky údaje nevyhnutné pre vedenie fondu a podklady pre dohadovanie i vysporiadanie zmluvy medzi zdravotnou poisťovňou a Skupinou všeobecných lekárov.

8.1 Osoba Administrátora

Administrátorom je spoločnosť **KLIENT PRO SK s. r. o.**

Táto spoločnosť je jediným zástupcom pôvodcu know-how na Slovensku, spoločnosti KLIENT PRO s. r. o. z Českej republiky, ktorá je vedúcim vývojovým centrom konceptu riadenej zdravotnej starostlivosti v ČR.

8.2 Čo všetko Administrátor zabezpečuje

8.2.1 VEDENIE FINANČNÉHO ÚČTU FONDU

Administrátor predovšetkým prijíma a spracováva údaje získané od poisťovne. Sú nimi všetky údaje o čerpaní zdravotnej starostlivosti, ktoré má poisťovňa k dispozícii a zároveň údaje o registráciách poistencov poisťovne k všeobecným lekárom Skupiny. To Administrátorovi dovoľuje viesť virtuálny finančný účet fondu zdravotnej starostlivosti Skupiny a poskytovať všetkým zúčastneným lekárom výpisy z tohto účtu.

8.2.2 POSKYTOVANIE INFORMAČNEJ PODPORY LEKÁROM SKUPINY

Administrátor spracováva údaje do podoby informácií, ktoré sú použiteľné na riadenie nákladov fondu. Administrátor poskytuje lekárom Skupiny zabezpečený prístup na portál, ktorý im umožňuje tieto informácie prijímať a jednoduchým spôsobom používať a prehliadať. Ďalej je pripravený spracovávať pre lekárov individuálne zadávané rozborov nákladov.

8.2.3 ORGANIZOVANIE PRACOVNÝCH SCHÔDZOK SKUPINY

Administrátor desaťkrát ročne organizuje stretnutie lekárov Skupiny, ktoré slúžia predovšetkým na vzájomnú komunikáciu spoločných problémov a spoločne rozoberanie príčin nákladov v jednotlivých vybraných segmentoch zdravotnej starostlivosti krytých fondom Skupiny.

8.2.4 SPRÁVA ZÁDRŽNÉHO A JEHO VYSPORIADANIE

Administrátor eviduje prostriedky zádržného a prípadnej bonifikácie a zabezpečuje jeho vysporiadanie presne podľa zmluvne definovaných pravidiel vrátane nadväzujúcej dokumentácie.

8.3 Kto platí Administrátora?

Administrátor pracuje predovšetkým pre Skupinu a sieť participujúcich poskytovateľov v Pláne MEDIPARTNER a je to teda Skupina a participujúci poskytovatelia, ktorí nesú náklady spojené s činnosťou Administrátora. Náklady na administráciu v skupine si rozdeľujú lekári v pomere ku kapitácii za svojich poistencov. Výška administratívnych poplatkov je dohodnutá v zmluve medzi lekárom Skupiny a Administrátorom, spravidla vo výške **5 % z kapitácie na poistenca a mesiac bez DPH.**

8.4 Motivácia Administrátora na výsledku

Administrátor získava navyše korektný zmluvný podiel z výnosu Skupiny ako podiel na spoločnom úspechu. Tento podiel tvorí 8,8 % bez DPH.



MEDIPARTNER
PLÁN PRE ZDRAVIE

mail: medipartner@medipartner.sk

tel: **0948 334 340**

© 2013 KLIENT PRO SK, s.r.o.