

## Nedá sa o reforme donekonečna len hovoriť a robiť stále čosi iné

*S ministrom zdravotníctva R. Zajacom za diskusným stolom sedeli súkromní lekári MUDr. M. Kuniaková a MUDr. M. Boča*

Úlohou publicistického cyklu Televízny senát, ktorý vysielala banskobystrické štúdio na STV 2, je prediskutovať pripravené návrhy zákonov, prípadne ich novely s ich predkladateľmi. Diskusia, zameraná na posudzovanie argumentov jednotlivých diskutujúcich, má prispieť k tomu, aby sa televízni diváci mali možnosť čo najlepšie oboznámiť s pripravovanou legislatívou. Ani termín druhej časti cyklu, nebol zvolený náhodne - sústredil pozornosť na novelu zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorá je nateraz v programe rokovania februárovej a marcovej schôdze Národnej rady SR. Predkladateľom novely zákona bol minister zdravotníctva SR Rudolf Zajac, za odbornú verejnosť boli jeho oponentmi MUDr. Mária Kuniaková, prezidentka Regionálnej lekárskej komory v Banskej Bystrici, a MUDr. Marián Boča, viceprezident Asociácie súkromných lekárov SR. Moderátorom relácie bol Peter Zemanik. Televízny senát tvorili študenti Právnickej fakulty Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici.

**MODERÁTOR:** Téma reformy zdravotníctva už dlhý čas rezonuje v odborných i laických diskusiách, lebo sa naozaj dotýka všetkých občanov. Keďže komplexnosť reformy je veľmi široká, momentálne chceme zamerať pozornosť len na niektoré z najzávažnejších tém, ktoré sa dotýkajú pacientov, ale i zdravotníkov. Spomeniem niektoré z nich. Často sa napríklad hovorí o poplatkoch za návštevu lekára, pobyt v nemocnici, použitie sanitky a o znížení počtu liekových skupín. V novele zákona sa hovorí aj o tom, že budú určené finančné limity pre lekárov pri predpisovaní liekov. Prvou témou preto budú poplatky za každú návštevu u lekára. V súvislosti s nimi Asociácia súkromných lekárov SR súhlasí s návrhom vyberať poplatky za každú návštevu lekára, ak tento príjem zostane lekárovi alebo zdravotníckemu zariadeniu. Protiargument hovorí, že lekári nie sú na to, aby vyberali peniaze a pred každým vyšetrením sa spýtali pacienta, či má peniaze; ak áno, poďte ďalej, ak nie, chodte inde. Pacient nemusí mať peniaze, ale môže mať infarkt a do tretice - štatisticky každý občan republiky navštívi lekára až 16-krát ročne. S týmto počtom návštev sme na čele európskych štátov, veď napríklad v Belgicku je to len 8 návštev a vo Švédsku 2,8 návštev ročne. Priemer v Európskej únii je 5,8 návštev ročne. Myslíte si, pán minister, že vyberanie poplatkov za návštevu u lekára radikálne obmedzí ich počet a rapidne sa uzdravíme?

**Minister R. ZAJAC:** Áno, myslím si, že počet návštev u lekára sa zníži. Úvaha, že lekár nie je na to, aby vyberal peniaze od pacientov, ale aby ich liečil, je, samozrejme, správna. S týmto názorom asociácie súkromných lekárov a aj únie špecialistov súhlasíme. V rámci pozmeňovacích návrhov novely zákona o zdravotnej starostlivosti sa akceptoval návrh, aby vybrané financie zostali u lekára. Treba tiež vedieť, že v oprávnených prípadoch môže poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poplatky aj odpustiť. Ide napríklad o občana, ktorý je v stave hmotnej núdze. Musím povedať, že primárna ambulantná starostlivosť nám trochu robí starosti nie preto, že by nefungovala dobre. Spôsobuje to skutočnosť, že nám nevzniká to, čo sme chceli. Zatiaľ sme naučení chodiť „k lekárovi“, teda že ambulantná starostlivosť sa vykonáva spravidla návštevou u lekára. Akosi sme zabudli, že dobrý rodinný lekár musí prichádzať za svojím pacientom, pozná aj jeho sociálny status a vie citlivo rozlíšiť, či má alebo nemá od neho vyberať poplatok. Vychádzajme z predpokladu, že dobrý lekár má asi 1800 zmlúv, hoci vôbec nemusí mať 1800 pacientov, dlhodobo s nimi pracuje, vlastne žije v komunite pacientov. Vie o ich rodinnom a sociálnom zázemí, dôverne pozná zdravotný stav svojich pacientov a nikto ma nepresvedčí, že práve spomínaných 20 korún by mohlo spôsobiť problémy. Je tu iný, komplikovanejší problém. Všeobecne je známe, že u nás je absolútny prebytok ponuky zdravotníckych služieb. Máme veľa prázdnych postelí v nemocniciach, ale veľa lekárov, ktorí sa o ne starajú. O to menej ich je v teréne. Na druhej strane nám stúpa dopyt po službách, zvyšuje sa počet návštev u lekárov, každoročne neuveriteľne rastú výdavky na lieky. Musí nám ísť o obmedzenie nadmernej spotreby, zamedzenie zneužívania zdravotníckych služieb. Poplatky, ktoré zavádzame za recept, určovanie limitov, zmena princípu kategorizácie a ďalšie opatrenia smerujú k tomu, aby sme zabránili takzvanej indukovanej preskripcii. Poviem to zjednodušene. Firmy nútia lekárov, aby predpisovali lieky. Výsledok? V roku 2001 sa len do lekární vrátilo 37 000 kilogramov nespotrebovaných liekov. Za vlaňajšok bude toto číslo ešte vyššie. Preto chceme dosiahnuť lepšiu väzbu medzi lekárom a pacientom, aby občan, ktorý si za niečo zaplatí, sa toho aj domáhal. Ak je niečo zadarmo, akosi k tomu nemá vzťah.

**MODERÁTOR:** Je známe, že pacienti chodia k lekárovi zbytočne. Často si len prídu posediť, pohovárať sa, alebo vtedy, keď sa im nechce ísť do práce či žiakom do školy...

**MUDr. M. BOČA:** V asociácii súkromných lekárov vítame, že sa konečne začali robiť reformné kroky. Zrejme ani pán minister nepredpokladá, že každý bude s transformačnými krokmi bezvýhradne súhlasiť. Pokiaľ ide o vyberanie poplatkov, naozaj to nechápeme ako finančnú pomoc systému. Vnímame to tak, že frekvencia návštev pacientov sa zníži a k lekárom začnú chodiť tí, ktorí zdravotnú starostlivosť skutočne potrebujú. Mám osobnú skúsenosť: keď pred niekoľkými rokmi vznikla legislatívna diera a za určité výkony pre Sociálnu poisťovňu nikto neplatil, vtedy sa za vypísanie práceneschopnosti vyberalo 16 korún. Zrazu na Slovensku klesla práceneschopnosť o 1 percento. Bol z toho významný ekonomický prínos. V našom štáte chýba základná zdravotná osveta obyvateľstva, aby pacient vedel správne posúdiť, kedy má ísť k lekárovi. V anglických aj amerických filmoch vidíme, že keď dieťa má teplotu, rodič vezme nejakú knižočku a nájde návod, čo má urobiť - od odmerania teploty, podania prvého lieku, až po odporúčanie, kedy má vyhľadať doktora. To nám zatiaľ chýba, ale to je otázka dlhodobej osvety.

**MUDr. M. KUNIAKOVÁ:** Chcela by som sa vrátiť k pojmu „hmotná núdza“. Kto sú ľudia v hmotnej núdzi? Práve z toho majú mnohí kolegovia obavy, najmä tí, ktorí majú na starosti aj veľké rómske osady.

**MODERÁTOR:** Definuje sa to?

**MUDr. M. BOČA:** V každom prípade, ak prejde návrh novely, o ktorom hovoril pán minister, bude v kompetencii lekára, aby posúdil, v akej ekonomickej situácii je jeho pacient. Potom ho môže oslobodiť od poplatku a nemusí mať starosť, že by mal odvádzať ešte 10 korún pre zdravotnú poisťovňu.

**MODERÁTOR:** **Chcem odcitovať vyjadrenie riaditeľky Všeobecnej zdravotnej poisťovne, ktorá povedala, že súhlasí s tým, aby sa platby od pacientov nerozdeľovali medzi poisťovňu a lekára, aby zostali u lekára; v tom prípade však poisťovňa bude platiť nižšiu úhradu výkonov lekára...**

**Minister R. ZAJAC:** Teraz veľmi dôrazne protestujem proti rôznej interpretácii. Novinársky nie je nič jednoduchšie, ako povedať áno, ale... Pán redaktor, dostal som kompletný zvukový záznam z tlačovej konferencie a pani riaditeľka povedala, že bude taká možnosť. To je trochu rozdiel, lebo...

**MODERÁTOR:** Čítal som to z agentúry...

**Minister R. ZAJAC:** Potom je to problém agentúry. MUDr. Boča jasne povedal, že nemáme tú dobrú, zdravú zdravotvedu, ktorú ešte naše babky čítavali, ale nemáme ani manažment pacienta. Naš pacient naozaj nemôže chodiť kam a ako mu napadne. Čo sa napríklad u nás stane, ak človek ochorie? Keďže má nízku dôveru k zdravotníckemu systému, okamžite začne hľadať nejakú extra cestu, akoby do tohto systému vnikol. Preto naozaj potrebujeme manažment pacienta. Pacient musí mať možnosť zatelefonovať svojmu lekárovi a pýtať sa, pán doktor, pichá ma pod ľavou lopatkou, čo mám robiť? Oveľa citlivejšie sa musia začať správať aj zdravotné poisťovne. Musia napríklad vedieť, že lekári, ktorí majú na starosti rómske osady, asi z nich osobitné príjmy mať nebudú, skôr naopak. Preto im poisťovňa musí pridať v úhradách, motivovať ich, aby sme zabezpečili ak nie lepšiu, tak aspoň rovnocennú zdravotnú starostlivosť aj v rómskych osadách. Nesmieme ísť na to plošne. Zdravotná poisťovňa musí dobre poznať svojho lekára, mať s ním uzavretú kvalitnú zmluvu a musí ho poveriť tým manažmentom, o ktorom som pred chvíľou hovoril. Musí vedieť, ako kvalitne pracuje lekár, a povedať, ty si dobrý, tebe pridám. Pán doktor, s vami nie sme spokojní, preto už s vami zmluvu neuzavrieme. Zdravotná poisťovňa musí zobrať zodpovednosť na seba. Doteraz ju poisťovne nezobrali z jednoduchého dôvodu: štát rozhodol, že vytvorí poisťovne a súčasne ich činnosť „nastavil“ tak, že ich buď oddlžoval alebo neoddlžoval, buď ich tlačil k múru alebo netlačil. V našej reforme potvrdíme, že poisťovňa musí byť samostatný subjekt. Musí robiť na svoju zodpovednosť a byť dobre kontrolovaná. Vieme, že skúsenosti so štátnym dozorom sú veľmi zlé. Veľmi oceňujem postoj asociácie súkromných lekárov, nemocníc, ktoré pochopili, že sa donekonečna nedá hovoriť o reforme a stále robiť čosi iné. Uvedomili si, že reforma nebude jednoduchá, dotkne sa každého a bude bolestivá. Spomeňme si, aký sa strhol krik v súvislosti so zákonom o verejnej službe, ako reagovali poisťovne, keď sa začalo hovoriť o novom poistnom zákone. Dnes máme problémy s občanom, aby pochopil, že za 20 korún mu zachránime život. Doslova, pretože našou prioritou nie je v rámci bezplatnej starostlivosti financovať drobnosti. Potom nemáme dost peňazí na to, čo ľudia skutočne zabíja. Asi sa zhodneme na tom, že pri obmedzenom balíku peňazí, určených na zdravotníctvo, nemôžeme mať dostatok peňazí na liečenie infarktov, rakoviny, ťažké úrazy. Tieto choroby si vyžadujú státisícové, miliónové sumy a práve ich liečbu musí občan dostať bezplatne, rýchlo a kvalitne. Že by pacient nemal na kvapky proti kašľu či do nosa? Ak by sa predsa len taký našiel, aj toho vieme ošetriť.

Stav hmotnej núdze je terminus technicus sociálnej sféry. V sociálnej sieti máme ľudí, ktorí sú v hmotnej núdzi a poberajú dávky. To je preukázateľné. Chcem však objasniť osvetliť jednu vec. Traduje sa, že zavedenie poplatkov najviac postihne dôchodcov. Opak je pravdou. Niet jediného dôchodcu, ktorý by bol na

sociálnom minime. V našej krajine sú najviac sociálne ohrozené mladé rodiny s malými deťmi. Našťastie, u nich nebýva taká vysoká frekvencia návštev, majú relatívne nízke indexy rizika. Vám, pán doktor, chcem verejne poďakovať za váš názor, lebo vy ste tí, ktorí denne pracujete s pacientmi. Môžete ich presvedčiť, čo je pre nich dobré a čo nie. Vy ste tí, ktorí reformu môžete podporiť, ak jej rozumiete a chcete ju podporiť. Môžete ju nepodporiť, povedať, pardon, my 20 korún vyberať nebudeme.

**MUDr. M. BOČA:** Bez ľudí sa žiadna reforma nemôže podariť. Pán minister, v prvom rade musíte presvedčiť ľudí, ktorí reformu majú robiť, že je správna. Chcel by som sa vrátiť k poisťovniam a k reakcii Všeobecnej zdravotnej poisťovne, že lekárom zníži poplatky za výkony. Myslím si, že úlohou poisťovne je zabezpečovať zdravotnú starostlivosť pre svojho poistenca. Lekár je v tomto zmysle len sekundárnou záležitosťou, pretože poistenec je klientom poisťovne. Poisťovňa u mňa nakupuje určité služby pre pacienta, ktorý by mal mať s poisťovňou zmluvu o tom, čo mu vôbec zabezpečuje a za aké peniaze. Prvoradou starosťou poisťovne by nemalo byť, či zníži doktorovi platby. Dvadsať korún sú predsa peniaze navyše do systému a s poisťovým vôbec nemajú nič spoločné, preto odmietam takéto vyjadrenie.

**Minister R. ZAJAC:** Riaditeľka Všeobecnej zdravotnej poisťovne jasne povedala, že 20 korún nepovažujú za výber poisťného a patria lekárovi. Ja s tým súhlasím, ale všeobecná zdravotná bude musieť zaviesť iné kritériá úhrady pre lekárov. Bude musieť viac diferencovať. V súčasnosti všeobecní lekári nie sú platení za prácu vykonanú s pacientom, ale za počet zmlúv. Jedna zmluva predstavuje 33 až 38 korún a my chceme do platobných mechanizmov zaviesť kritériá, aby lekár nedostával za to, koľko má zmlúv, ale koľko so svojimi pacientmi odpracoval. Chceme vrátiť tento vzťah do výkonových parametrov, čo je veľmi dôležitý moment. Zdravotná poisťovňa nemá nakupovať zdravotnú starostlivosť plošne, ale diferencovane. Má uprednostniť kvalitných lekárov a tých, s ktorými nemá dobré skúsenosti, eliminovať.

**MODERÁTOR:** Prejdime k ďalšej téme. Súvisí s poplatkami za pobyt v nemocnici a použitie sanitky. Máme pripravené dva citáty. Prvý z nich hovorí, že „na platenie za stravu a posteľ v nemocniciach môžu doplatiť pacienti, ktorí sa, napríklad, dlhodobo liečia v psychiatrických liečebniach. Za rok to môže byť aj 20 000 korún“. Druhý citát hovorí o tom, že „po zavedení poplatkov bude ešte ťažšie dostať do nemocnice práve psychicky narušených ľudí, pretože budú mať väčší dôvod na odmietnutie liečby. Súvisí s tým aj samostatná kapitola, ktorou sú pacienti s ochrannou liečbou. Liečbu nariaďuje súd a ide o ľudí, ktorí spáchali trestný čin práve pod vplyvom psychickej poruchy“. Ako sa chcete vyrovnat' s týmto problémom?

**Minister R. ZAJAC:** Už druhýkrát sa ukázalo, že významnou funkciou parlamentu je pomáhať v legislatíve. Všetky problémy, o ktorých sme hovorili, sú odstránené. Pripravených je 69 pozmeňovacích návrhov poslancov, s ktorými sme súhlasili. Nikto nie je najmúdrejší. My sme postavili kostru a koalíční i opoziční poslanci, nielen zo zdravotníckeho výboru, nám pomohli. Novela zákona o zdravotnej starostlivosti prinesie veľa zmien v prospech pacientov aj zásluhou toho, že je kolektívnym dielom.

**MODERÁTOR:** Napriek tomu by sme sa mohli k novele vrátiť. Je v nej taxatívne vymedzené, čo je zdravotnícka starostlivosť?

**Minister R. ZAJAC:** Je to vymedzené filozoficky. Pacient sa len podieľa na financovaní stravy, pretože v opačnom prípade by musel platiť 105 korún denne. Ubytovacie kapacity nám reálne vychádzajú asi na 70 korún denne. Ide nám aj o skrátenie hospitalizácie, aby to nebolo tak, ako to naši občania poznajú: v pondelok je prijatý do nemocnice, v utorok mu odoberú krv, v stredu ho pošlú na vyšetrenie pľúc, vo štvrtok ho konečne aj niekto uvidí a v piatok mu urobia diagnostický záver, že v pondelok ho budú operovať. A pacient to má všetko platiť. Preto je logické, že povie, prečo som dnes nemohol absolvovať všetky vyšetrenia a zajtra som mohol byť operovaný...

**MODERÁTOR:** To by pacient musel mať prehľad o tom, čo všetko s ním budú lekári robiť.

**Minister R. ZAJAC:** Predpokladá to, že pacient sa bude domáhať, aby ho zbytočne nehospitalizovali. Neočakávame, že pacienti prídu do nemocnice s učebnicou zdravotvedy a začnú si indikovať vyšetrenia, ale budú tlačiť na poskytovateľa - rýchlejšie, mňa to stojí peniaze.

**MODERÁTOR:** Čo v prípade, keď poskytovateľ povie, že dnes má obsadený nejaký prístroj a vyšetrenie môže urobiť až zajtra.

**Minister R. ZAJAC:** Potom musí žiadať, aby to zaňho zaplatili. Do nemocnice prišiel, aby ho vyšetřili, a nie za to, aby mali obsadený prístroj. Jednoducho verím našim občanom, že pohnú s týmto problémom. Máme prebytok postelí a v nemocniciach sú zbytočne prázdne posteľe.

**MODERÁTOR:** **Nemocnice tvrdia, že nemajú.**

**Minister R. ZAJAC:** Nemocnice to môžu tvrdiť, ale ja mám štatistiky obložnosti. Napríklad v Bratislave je priemerne voľných až 1500 postelí, a z opatrnosti som povedal menej, ako mi ich nahlásil môj poradca pre Bratislavu doc. Paškan. V Banskej Bystrici máme denne neobsadených 400 postelí. Ľudia nechcú ležať v nemocniciach. Kto by rád ležal v špitáli?

**MODERÁTOR:** **V dobrej nemocnici by som si poležal...**

**MUDr. M. BOČA:** Určite, ekonomizácia musí nastať aj v nemocniciach. My súkromní lekári v takomto prostredí už žijeme niekoľko rokov, a vieme, o čom hovoríme, čo to znamená. Aj v súvislosti s prechodom nemocníc na vyššie územné celky alebo mestá sa zrazu začína objavovať aspoň perspektíva ich vyrovnaných rozpočtov. Naozaj to k niečomu smeruje. Verím, že ambulancná sféra sa konečne posilní nielen proklamatívne.

**MODERÁTOR:** **Dajme teraz slovo študentom - senátorom, ktorí sedia s nami v štúdiu.**

**ŠTUDENTKA 1:** *Neviem si predstaviť, ako to, o čom ste hovorili, bude vyzerať v praxi. Kto vlastne povie občanovi-pacientovi, aké má práva? On predsa nevie posúdiť, aké vyšetrenia vzhľadom na svoju diagnózu má absolvovať. Vie, že za každý deň pobytu v nemocnici má zaplatiť. Ako budú tejto problematike rozumieť starí ľudia, ktorí sú možno najčastejšími klientmi nemocníc?*

**MUDr. M. BOČA:** Tentoraz predbehnem pána ministra. Uvediem príklad z praxe. Začiatkom minuloročného decembra prišla ku mne do ordinácie pacientka. Povedala som jej, že by bolo treba ísť na operáciu. Odpovedala, že keď treba, pôjde teraz. Operácia vôbec nebola akútna. Nič by sa nestalo, keby sa urobila o polroka. Zopakoval som jej, že operáciu len bude potrebovať. Odpovedala, že chce ísť teraz, lebo v januári pôjde ležať na iné oddelenie, už to má naplánované. To je odpoveď na vašu otázku. Ak bude mať zaplatiť nemocnici 50 korún, asi si ťažko bude plánovať pobyt v nemocnici.

**Minister R. ZAJAC:** Otázka je veľmi dobrá, lebo hovorí o tom, že pacient - klient je neinformovaný a stojí proti prevahe informovaných. Existuje niečo, čomu sa hovorí vedomie občana, ktorý cíti a domáha sa. Verím, že nakoniec sa aj tento stav vyrovná. Netvrdíme, že po zavedení tejto novely tu vznikne ideálna situácia. Teraz pre ňu staviame len základy.

**MODERÁTOR:** **Prejdeme k ďalšej téme, o ktorej sme hovorili už na začiatku, a to je zníženie počtu liekových skupín, kde aspoň jeden liek plne hradí zdravotná poisťovňa. V citáte sa hovorí, že „nie je to správne, pretože by sme sa mali držať trendu, že aspoň jeden liek by mal byť plne hradený.“ Druhý citát hovorí, že „pri liekoch, ktoré pomáhajú zachráňovať život, alebo sú na vážne choroby, sa žiadne úpravy nebudú robiť“. Tretí citát hovorí, že „sa obávame, že najmä lekári-špecialisti, ktorí predpisujú drahšie lieky, by mohli začať predpisovať lacnejšie a menej účinné“. To je jeden z mýtov, s ktorými sa veľmi často stretávame aj v čakárňach. Po štvrté: „Na Slovensku sú ročné výdavky na lieky na jedného obyvateľa podľa štatistiky iba 69 dolárov, v krajinách Európskej únie je to 212 dolárov.“ Je potrebné, pán minister, zavádzať takéto limity?**

**Minister R. ZAJAC:** Nie je to len o limitoch. Hovoríme, že garantujeme anatomicko-terapeutickú skupinu. To znamená, že bude určitá skupina liekov, ktoré musia byť. Tiež ďalšie lieky musia byť. Napríklad zo zoznamov sme vyradili voľnopredajné lieky, ktoré sú súčasne aj na recepty. Keďže chceme zaviesť dvadsaťkorunový poplatok za recept, pacientovi sa ho neoplatí kúpiť trebárs za 10 korún. Ročne ide o sumu 900 miliónov. Oveľa dôležitejšie je, že pacient naozaj nemôže vedieť, či lacnejší liek je lepší alebo horší. U nás máme vyše 8000 liekov a maximálny sortiment liekov v spomínaných ATC skupinách je 511. V tom je ten rozdiel. Chceme dosiahnuť, aby sa neplytvalo liekmi a zbytočne sa nevyhadzovali. Snažíme sa odstrániť indukovanú preskripciu, čo bez pochopenia kolegov - lekárov, stavovských organizácií..., bez etickej komisie nedokážeme. V tomto prípade doslova ide o marketingový ťah: Pán doktor, keď predpíšete 100 balení, pôjdete na takýto kongres, keď predpíšete 1000 balení, pôjdete na takýto kongres. Paradoxne, na kongresy chodí málo lekárov z praxe. Na zdravotníctvo máme len 60 miliárd korún, musíme z nich financovať nemocnice, dopravu, infarkty, onkológiu, lieky. Každá koruna, ktorú zbytočne vynaložíme, nám chýba tam, kde ju v tej chvíli práve potrebujeme. Veľmi dobré skúsenosti s limitmi majú v Českej republike. Nejde o limit,

ktorý by mal podobu rigorózneho zákona, veď predsa lekár nemôže vedieť, v akom stave mu pacient príde do ordinácie či do nemocnice. Limity predstavujú určité mantinely, v rámci ktorých sa má lekár pri štandardnej liečbe pohybovať. Ak sa dostane za ne, odborne to musí zdôvodniť.

**MUDr. M. BOČA:** Bytostne odmietam tvrdenie, že čím drahší liek, tým lepší. To jednoducho nemá medicínske opodstatnenie. Cena lieku sa odvíja od výrobných nákladov, výskumu a podobne, preto nemá nič spoločné s kvalitou. Korunový liek, napríklad starý dobrý acylpyrín, je účinnejší, ak neberieme do úvahy niektoré možné vedľajšie účinky, ako najmodernejšie analgetiká, ktorých reklamy vídame dennodenne na televíznych obrazovkách. Predstava, že čím je liek drahší, tým je lepší, pretrváva o nás ešte zo socializmu. Áno, dovozové lieky, životne dôležité, boli vtedy drahšie. Verím, že je len otázkou času, keď sa podarí takéto názory odstrániť. Problém limitu na lieky je veľmi zložitý. Ak budem mať na mesiac určitý limit a vyčerpám ho už o týždeň skôr, čo mám urobiť potom? Som limitovaný ja, alebo nie je náhodou limitovaný pacient? Otázka indukovanej preskripcie. Opakovane sme žiadali poisťovne, ktoré neboli ochotné urobiť, aby sa presne rozlíšilo, kto predpisuje liek a kto ho odporúča. To je asi to, o čom hovoril pán minister, že ak obvodnému lekárovi odporúča liek za 2000 korún, ten nemá šancu presvedčiť pacienta, že rovnako účinný liek môže byť aj za 150 korún. Tie ceny asi prehážame...

**MUDr. M. KUNIAKOVÁ:** Už to tu zaznelo, je nesprávne tvrdiť, že iba drahý liek je dobrý. Čo je veľmi nebezpečné, je indukovaná preskripcia. Súvisí to trochu s tým, o čom hovoril pán minister, že nemocnice alebo niektoré skupiny ľudí majú záujem...

**MUDr. M. BOČA:** Chcel by som vyjadriť oficiálny názor asociácie súkromných lekárov, že limity nemožno zaviesť dovtedy, kým sa nestanovia jasné terapeutické postupy.

**MODERÁTOR:** **Opäť dáme slovo študentom, divákovi v štúdiu.**

**POSLUCHÁČ 2:** *Pán minister, ak som dobre pochopil, povedali ste, že výrobcovia liekov alebo farmaceutické firmy nútia lekárov, aby predpisovali tieto lieky. Myslíte si, že sa to vyrieši tým, ak sa bude pacient podieľať na ich financovaní? Alebo tomu zamedzia spomínané limity?*

**Minister R. ZAJAC:** Nič, čo sa robí rigorózne, dogmaticky, nemôže fungovať. Musí prísť k oveľa lepším komunikačným väzbám a vzťahom medzi nákupcom služieb, klientmi a poskytovateľmi. Zásadná zmena musí nastať aj v systéme kategorizácie liekov. V kategorizačnej komisii budú mať prevahu odborníci zo zdravotných poisťovní. Musíme vybudovať vzťahy medzi reálnym nákupcom služieb, teda zdravotnými poisťovňami, medzi reálnymi poskytovateľmi zdravotníckych služieb, teda nemocnicami, lekármi, zdravotnými sestrami. Ministerstvo, štátny úrad nesmie rezort riadiť operatívne. Nesmieme rozhodovať, ako to má vo vnútri fungovať, máme vytvárať podmienky. V súčasnosti je to naopak. Do konca minulého roku sme operatívne riadili celé zdravotníctvo a mal som právo rozhodnúť, aký toaletný papier si môže nemocnica nakúpiť. Nerobili sme však systém. Chceme, aby rezort žil na princípoch slobody trhu, konkurencie, ceny, výberu, kvality, aby pacient bol tým prvkom, ktorý je tu pre neho. K dobrému lekárovi príde viac pacientov, a ten viac zarobí, k slabšiemu menej, ten zarobí menej. Musíme vybudovať tento vzťah. Zdravotná poisťovňa nemôže dirigovať od zeleného stola a nemať revízny systém... Nemôže nemať zmluvy s pacientom, poskytovateľom, ktoré budú jasné a vymáhateľné, a budú v nich jasne stanovené pravidlá hry.

**MODERÁTOR:** **Sme tesne pred koncom relácie. Teraz sa dostávame k tomu, prečo tu náš senát - diváci sedia. Chcem vás požiadať, aby ste sa medzi sebou poradili, či vás argumenty pána ministra o nevyhnutnosti reformy zdravotníctva, ktorú tu dnes prezentoval, presvedčili. Pán minister, vám to zasa trochu pomôže sa zorientovať. Takže nech sa páči.**

**POSLUCHÁČ 3:** *Senát argumenty pána ministra nepresvedčili, pretože v mnohých veciach boli príliš abstraktné. Na druhej strane pevne veríme, že sa mu reformu podarí dotiahnuť do úspešného konca.*

**Beseda je redakčne spracovaná.**