

Reforma je celospoločenskou výzvou a príležitosťou

Z prezentačného vystúpenia ministra zdravotníctva Slovenskej republiky MUDr. Rudolfa Zajaca



V prvej predpoludňajšej časti svojho vystúpenia nadviazal minister zdravotníctva SR Rudolf Zajac na prednášku Ing. Petra Pažitného a konštatoval, že v počiatkových reformných opatreniach sa podarilo dosiahnuť situáciu, že občania rešpektovali marginálne poplatky a efekt priniesla aj nová kategorizácia liekov. Ocenil, že poisťovne pochopili, že môžu financovať len to, na čo majú zdroje. Tieto opatrenia, aby ľahšie prešli u občanov, vyhlásilo MZ SR za nesystémové, akoby okrajové.

„Povedali sme, že teraz už pôjdeme len cestou systémových zmien a že už nepôjdeme proti občanovi.“

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje na základe zdravotného poistenia. Nateraz sa najviac diskutuje o tom, či tu vôbec je, a či tu vôbec môže byť poistný systém. **„Ak máme nakupovať zdravotnú starostlivosť, tak si musíme stanoviť priority, určiť Liečebný poriadok. Potom môžeme otvorene povedať: áno, aj nákupcovia zdravotnej starostlivosti, aj poskytovatelia zdravotnej starostlivosti majú právo na zisk, rovnako ako lekárnici, distribútori, dodávatelia. Inou otázkou je, ako sa zisk využije. Pôvodne sme vychádzali z predpokladu, že ako základný problém vyriešime spôsob financovania. Ukázalo sa, že to nepôjde, lebo ak chcete zmeniť filozofiu financovania, musíte mať v inom postavení poskytovateľov. Ak nemáte v inom postavení poskytovateľov, musíte mať iný produkt. Keď nemáte iný produkt, potrebujete iným spôsobom riešiť zdravotnú starostlivosť. Boli sme nútení trochu zmeniť stratégiu. Kľúčovým zákonom je Liečebný poriadok, ktorý hovorí, čo z verejného zdravotného poistenia budú dostávať pacienti bezplatne.“** Minister ubezpečil, že tvorcovia legislatívy nemajú ambície tvrdiť, že návrhy zákonov sú dokonalé; podľa jeho názoru žiadny zákon sa nedá napísať dokonale, **„ale máme ambíciu tvrdiť, že sú najlepšie, aké sme vedeli pripraviť - nie z hľadiska našej kapacity, ale z pohľadu občanov“.**

Najskôr sa zmienil o návrhu zákona o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou, **„pretože dosť dobre nemôžeme zveriť zdravotným poisťovniam verejné prostriedky, ktoré sa zhromažďujú v zdravotných poisťovniach, a súčasne dohliadnuť, aby sa alokovali spôsobom, ako to upravuje zákon.“** Vzápätí si položil diskusnú otázku: Môžu byť zdravotné poisťovne súkromné akciové spoločnosti, aj keď predpokladáme, že ich prvým vlastníkom bude štát? Áno, je to tak v Holandsku, Nemecku, vo Švajčiarsku a bude sa to rozširovať ďalej. V mene pacientov treba prinútiť zdravotné poisťovne lepšie a efektívnejšie hospodáriť. Nie je problém dať od ekonomicky aktívnych obyvateľov vyššie zdroje do zdravotníctva, hoci len tretina je ekonomicky aktívnych a dve tretiny neaktívnych. Nie je ani problém zvýšiť odvody zo zdravotného poistenia. No aký by bol výsledok? Zvýšením odvodov a ceny práce by klesla zamestnanosť, stúpil by počet odkázaných, ktorých treba financovať. Preto skôr treba znižovať odvody a vyvarovať sa chyby, aby sa naraz urobili dva kroky. **„Určili sme odvody tak, ako boli doteraz, len sme zmenili ich hranice, čo považujeme za veľmi významné. Odvody sme nastavili tak, ako bude stúpať efektívnosť ekonomického systému.“**

Aké sú teda základné princípy reformy zdravotníctva? Prvý je princíp solidárnosti - rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu, nasleduje sociálna únosnosť reforiem, univerzálne pokrytie, ochrana práv pacienta, vymáhanie pravidiel hry, zdravotná starostlivosť je z technického hľadiska služba a z etického pohľadu poslanie. Posledným princípom je zaručenie voľného vstupu licencovaných poskytovateľov na zdravotnícky trh. **„Ide o regulované povolania a budeme sa musieť brániť korporativizmu, ktorý, vieme o čom hovoríme, hromadne bráni vstupu.“**

V ďalšej časti prezentácie oboznámil minister Zajac účastníkov konferencie s výsledkami prieskumu verejnej mienky, zameraného na získanie názoru občanov z hľadiska strachu z ochorenia. Najväčšie obavy majú zo srdcovo-cievnych chorôb (74,2 %), nasledujú onkologické ochorenia (68,8 %) a diabetes, cukrovka a poruchy metabolizmu (26,2 %). Ďalšie poradie: choroby pohybového ústrojenstva (16,6 %), chrípka (12,1 %), alergie (10,9 %), choroby dýchacích ciest (8,6 %), infekčné choroby, žltáčka, TBC a AIDS (6,3 %), nesprávna životospráva, obezita (6,2 %), alkoholizmus, fajčenie, drogová závislosť (4,6 %), stomatologické problémy (1,4 %), kožné choroby (0,9 %), gynekologické choroby (0,8 %).

„Budeme mať teda nový zákon o zdravotnom poistení, ktorý hovorí o produkte. V zásade rozdeľuje zdravotné poistenie na verejné poistenie, ktorého rozsah stanoví osobitný zákon, a individuálne zdravotné poistenie, ktoré bude mať podobu dobrovoľnej zmluvy - nad rozsah stanovený zákonom. Prezradím, že obidve poistenia budú môcť poskytovať zdravotné poisťovne, ale na individuálne poistenie budú musieť získať licenciu. Zdravotné poistenie budú môcť poskytovať aj komerčné poisťovne, ale budú musieť získať licenciu.“

V poistnom zákone bude zakotvené, aby poistenec mohol zmeniť poisťovňu len raz za rok - jednak preto, aby sa menšie poisťovne pri výskyte závažnejšieho ochorenia nezbavovali svojich poistencov, ale tiež preto, aby poisťovňa mohla lepšie plánovať svoju činnosť - poistné a obchodné plány. Poistenie sa má platiť preddavkovo podobne ako pri daňovom systéme a následne sa robí zúčtovanie. **„Takto chceme zabrániť tomu, že niektoré aj významné firmy zo špekulatívnych dôvodov vyplácali svojim zamestnancom nízke mzdy. Od poisťovni nechceme, aby nám diferencovali poistencov a vybrali si ich podľa ekonomickej situácie. Preto potrebujeme zabezpečiť systém prerozdelenia poistného tak, aby sme určitým spôsobom vyrovnali štartovacu čiaru. Inak povedané, nechceme konkurenciu pri výbere poistencov, chceme konkurenciu poisťovní pri nákupe služieb. A ako sa bude zlepšovať naša ekonomická situácia, štát bude môcť prispievať viac a viac na zdravotné poistenie za svojich poistencov. Chceme dosiahnuť takú väzbu, aby sme nežili na dlh a neprejedali svoju budúcnosť.“**

Ako ďalej minister povedal, právny systém solidárnosti núti, aby sa prerozdeľovalo vybrané poistné medzi poisťovňami a rôznymi poistencami. Každá poisťovňa má vybrať poistné pre seba a pri výbere bude motivovaná tým, že do prerozdeľovacieho procesu bude dávať iba 95 % tzv. predpísaného poistného. Toto opatrenie má smerovať k tomu, aby sa poisťovne snažili zabezpečovať svoje pohľadávky, čo sa doteraz nie vždy darilo. Súčasná situácia je taká, že menšie poisťovne sú schopné dosiahnuť až 98,5 -percentný výber poistného...

Ako sa zabezpečí solidárnosť? V platnosti zostane dodnes používaný model prerozdeľovania podľa indexu rizika, pretože poisťovne majú veľa rizikových pacientov. **„Dnes používame kritérium veku a pohlavia, pretože vieme, že deti od 0 do 1 roku majú stupeň rizika asi 3, seniori nad 65 rokov asi 7. Najlacnejší sú 25 -roční muži. Zdravotné poisťovne presne vedia, v akej vekovej štruktúre majú svojich poistencov. Na druhej strane možno tieto dve kritériá nebudú stačiť, azda budú v chorobnosti regionálne rozdiely. Vieme napríklad, že vo východoslovenskom regióne (Svidník, Stropkov) máme dramaticky výraznejší výskyt onkologických ochorení ako inde. To znamená, že je možné, že do prerozdeľovacích procesov budeme musieť ešte pridať tretie alebo štvrté kritérium početných seniorov. Ďalej vieme, že tam, kde je vyššia nezamestnanosť a horšia sociálna situácia, je vyššia chorobnosť. Šťastí je to zapríčinené aj životným štýlom. No aj v týchto prípadoch musíme nasmerovať prerozdeľovacie mechanizmy tak, aby sme v čo najväčšej miere splnili solidárnosť.“**

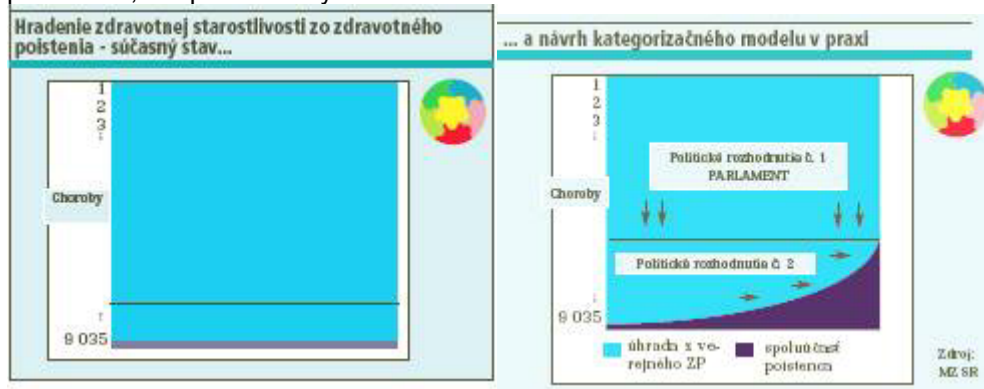
Na záver tejto časti prednášky minister Zajac ozrejmil, že všetci poskytovatelia, ktorí budú napojení na verejné zdravotné poistenie, budú tvoriť tzv. verejnú zdravotnú sieť. Sú však aj poskytovatelia, ktorí nemajú záujem alebo nebudú mať možnosť uzavrieť zmluvu. **„Našli sme riešenie, ktoré umožní aj takémuto poskytovateľovi poskytovať zdravotnú starostlivosť a financovať ho z verejného zdravotného poistenia.“**

V normálnom vzťahu poisťovňa uzatvára zmluvu vždy s občanom a ďalej s poskytovateľom. Občan bude mať v rámci zmluvných poskytovateľov právo na slobodný výber poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rámci zmluvného systému poisťovne. Za ošetrovanie pacienta uhradí poisťovňa plnú časť alebo tú časť, ktorú stanovuje zákon, priamo poskytovateľovi. Iná situácia bude u stomatólogov: výrazne má zlepšiť konkurenciu na trhu.

„Návrh zákona o záchranej službe má zabezpečiť takú organizáciu siete poskytovateľa záchranej zdravotnej služby, aby sa k občanovi dostala za menej ako desať minút,“ povedal v závere predpoludňajšieho vystúpenia minister zdravotníctva SR.

V druhej časti, v popoludňajšom vystúpení, minister Zajac zameral najskôr pozornosť na návrh zákona o rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Jeho filozofiou je previesť výkonný model na model zoznamu regulárnych výkonov vedúcich k zisteniu ochorenia a k odstráneniu ochorenia. Ďalším zámerom je rozdeliť riziko - diagnózy na tie, pri ktorých nemožno, vzhľadom na ich vysokú finančnú náročnosť, požadovať spoluúčasť pacienta a tie, pri ktorých možno žiadať rôznu formu spoluúčasti. **„Oba rozhodovacie procesy treba objektivizovať katalogizáciou výkonov a kategorizáciou spoluúčasti,“** zdôvodnil. Na ilustráciu prezentoval návrh národného zoznamu chorôb. Na jeho začiatku boli akútna lymfoblastová leukémia,

diabetes mellitus, chronické zlyhanie obličiek, akútny infarkt myokardu a na konci zoznamu fibroma pendulans, chrípka a zubný kaz...



Základnými princípmi návrhu národného zoznamu chorôb, z hľadiska jeho kritických rizík, sú finančná ochrana pacientov pred rizikom vysokých nákladov, ďalej neodkladná starostlivosť a chronické choroby. Pod pojmom katalogizácia výkonov treba vidieť predovšetkým zostavovanie katalógov oprávnených výkonov na zistenie a odstránenie choroby. Nemá nič spoločné s úhradou, vytvára skôr regulárny základ na vznik guidelines. V ďalšej časti zameral rečník pozornosť na katalogizačnú komisiu (zatiaľ nie je jasné, či ju vymenuje ministerstvo, vláda alebo parlament), mala by mať 11 členov (za zdravotné poisťovne a MZ SR po troch, za odborné spoločnosti piati) a na katalogizáciu výkonov, vyúsťujúcich do stanovenia štandardného diagnostického a terapeutického postupu.

„V súčasnosti sa proti zmene zdravotníckeho systému v prvom rade búria tí, pre ktorých je systém určený - občania. Argumentujú, že doteraz som to mal zadarmo, a teraz odo mňa chcete peniaze; zle sa na to odpovedá generáciám občanov - seniorov, ktorí celý život platili a teraz od nich opäť niečo chceme. Druhí, ktorí sa búria proti akejkolvek zmene, sú vekovo starší poskytovatelia, hoci na systém nadávajú. Nie sú v ňom spokojní, majú pocit, že ich neuspokojuje, ale predsa len ho poznajú a vedia si v ňom nájsť priestor a prežívať v ňom napriek tomu, že očakávajú krach zdravotníctva. Tretí subjekt na trhu - zdravotné poisťovne - sú na rozpakoch. Na jednej strane si uvedomujú, že nateraz boli v neudržateľnej situácii, pretože podmienka, napríklad minimálne 300 -tisíc poistencov nemusí byť ľahko splniteľná. Stačí neopatrný výrok a celý systém sa im môže rozpadnúť. Na druhej strane vidia veľké nebezpečenstvo: zodpovednosť, uvedomujú si, že budú musieť oveľa výraznejšie pôsobiť na trhu a prebrať zodpovednosť. Kto je úplne ticho, kto zatiaľ iba trpkosť znáša tieto veci, sú tí, ktorí toto zdravotníctvo z dvoch tretín platia. Sú to ekonomicky aktívni, podnikateľská sféra, tí, ktorým odvody predražujú cenu práce, tí, ktorí vidia, ako ťažko sa tie koruny vyrábajú a ľahko a prísne odvádzajú. Nezaplatenie zdravotného poistenia je trestný čin a každá poisťovňa disponuje exekučnými možnosťami. Táto skupina ľudí, ktorí to naozaj v rozhodujúcej miere financujú, je najtichšia a znáša utrpenie povinných odvodov. Dokedy? Kedy povedia dosť, keď nezačnete hospodáriť, my ideme do štrajku, prestávame platiť odvody na zdravotné poistenie,“ uzavrel minister zdravotníctva Rudolf Zajac.