

Vízia nového zdravotníctva

Ing Peter Pažitný, MSc.

hlavný poradca ministra zdravotníctva SR pre reformu



Prednášateľ najskôr ozrejmil pozíciu Slovenska vo vynakladaní prostriedkov na zdravotníctvo; ročne je to 7 % z hrubého domáceho produktu, čo predstavuje sumu 9 900 USD v PPP. Uviedol, že nedávno zástupcovia lekárskej komory hovorili, že by bolo treba dávať okolo 8 % z HDP. „To by v žiadnom prípade naša ekonomika neutiahla,“ odporoval, „pretože takéto percento dávajú krajiny, ktoré majú dva a pol násobne vyššiu výkonnosť ekonomiky. Napriek tomu sme stále presvedčení, že aj 7 % je suma, ktorá prevyšuje naše ekonomické možnosti, preto ju budeme musieť dlhodobo udržiavať, až kým nedosiahneme rovnováhu medzi reálnymi finančnými prostriedkami a výdavkami. Chceme upozorniť aj na extrémny, akými sú, napríklad,

Spojené štáty, ale aj Nemecko, ktoré pri vysokej ekonomickej vyspelosti dávajú na zdravotníctvo 10,8, resp. 12,5 % z HDP a trvalo majú s rastúcimi výdavkami na zdravotníctvo problémy.“ Vzápätí zamerl pozornosť na prijaté stabilizačné opatrenia, ktoré sa prijali 1. júna 2003. V ich intenciách došlo k výraznému spomaleniu rastu výdavkov na lieky, čo malo viacero príčin. Jednak to bolo zavedenie marginálnych nákladov za recept, ďalšia nová kategorizácia liekov, zavedenie tzv. doplatku, ktorý neumožňuje takú jednoduchú manipuláciu medzi čiastočne a plne hrazenými liekmi. „**Tieto opatrenia prispeli k tomu, že rast výdavkov na lieky sa oproti minulým rokom znížil na polovicu, pritom si ešte musíme uvedomiť, že sme, navyše, prekonalí nárast dane z pridanej hodnoty z 10 na 14 %. Výrazne tiež klesli návštevy u lekárov - u prvého kontaktu to bolo až o 10 %. Štatistické údaje nám potvrdili základnú hypotézu, že zavedením poplatkov príde k obmedzeniu nadbytočného dopytu zdravotnej starostlivosti, zníži sa počet návštev pacientov u lekára a zníži sa spotreba liekov. Druhým cieľom bolo znížiť mieru korupcie, ktorá vzniká vtedy, keď existujú určité problémy s ponukou zdravotníckych služieb. Tretím zámerom bolo zvýšiť spoluzodpovednosť pacientov za svoj zdravotný stav. Domnievame sa, že zdravie je individuálny statok, preto by sa oň mal každý starať sám.**“ V tejto súvislosti Ing. Pažitný prezentoval pokles návštev v primárnej ambulantnej starostlivosti, pričom uviedol, že až 95 % návštev lekára sa na Slovensku končí predpísaním lieku; to znamená, že ak je menej návštev v primárnej sfére a na pohotovostiach, samozrejme, znižuje sa aj dopyt. „**Na jednej strane sme sa tiež snažili zistiť, aký dosah to malo na zdravotné poisťovne, ale chceli sme tiež zistiť, aký dosah malo zavedenie poplatkov na populáciu. Podľa výskumu verejnej mienky z januára 2004 až 58,5 % ľudí potvrdilo, že zavedenie poplatkov neovplyvnilo ich správanie, 18 % chodí k lekárovi menej často ako pred ich zavedením. Jedným z kľúčových cieľov zdravotnej politiky je zabezpečiť dostupnosť zdravotníckych služieb. Znamená to, že nemôžeme zaviesť taký marginálny poplatok, ktorý by ľudí odradil od návštevy lekára, prípadne by pacient k nemu prišiel neskôr a jeho zdravotný stav by mohol byť oveľa horší a tým náklady na jeho uzdravenie vyššie. Zavedením marginálnych poplatkov v žiadnom prípade nebola ohrozená dostupnosť zdravotnej starostlivosti.**“

Prednášateľ ďalej vyzdvihol, že v minulom roku sa rast výdavkov na lieky zvýšil len o 8 %, zatiaľ čo v predchádzajúcich rokoch to bolo o 15, 19 a 16 %. Čo bolo veľmi dôležité, záťaž sa nepresunula na pacienta, lebo dynamika rastu klesla. „**Potvrdila sa naša pôvodná hypotéza, že príde k poklesu tzv. nadbytočných návštev, dostupnosť zdravotníckych služieb sa neznižuje a čo bolo veľmi dôležité, klesla miera korupcie z 32 na 10 %. Takýto výskum sme uskutočnili aj v decembri 2002.**“

