

Medzi bezplatnosťou a korupciou je miera úmernosti

Minister Rudolf Zajac predstavil pripravovanú reformu zdravotníctva členom Americkej obchodnej komory v SR



Aktívny prezident a prvý viceprezident Americkej obchodnej komory v SR Peter Weber (prvý sprava) privítal prezentátorov reformy rezortu - ministra zdravotníctva SR Rudolfa Zajaca a členov jeho reformného tímu MUDr. Tomáša Szalaya a Ing. Petra Pažitného, MSc.

Pred členmi a hosťami Americkej obchodnej komory v SR prezentoval minister zdravotníctva SR Rudolf Zajac 4. mája 2004 - v rámci série stretnutí tejto inštitúcie so slovenskými ministrami - ciele pripravovanej reformy rezortu. Na záverečnom stretnutí s médiami minister ubezpečil, že v súvislosti s očakávanými zmenami sa už nezvýši výška spoluúčasti občanov na financovaní poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ale má sa zmeniť štruktúra výdavkov podľa nových priorít. Zdôraznil, že občania sa budú musieť viac starať o svoj zdravotný stav, majú sa zvýhodňovať za preventívne prehliadky, ale majú tiež znášať sankcie, ak porušia liečebný režim. „Nikde na svete neexistuje ideálne fungujúci zdravotnícky systém a ani nikdy fungovať nebude,“ uviedol rezortný minister, „jednoducho preto, že systém i potreby občanov sa vyvíjajú, lieky sú čoraz drahšie, podobne ako zdravotnícka technika. Ekonomicky aktívni občania musia čoraz viac prispievať na zdravotníctvo. V rámci reformy slovenského zdravotníctva máme ambíciu vytvoriť moderný, dobre fungujúci systém, ktorý bude spoľahlivo pokrývať kritické riziká našich občanov.“

„Rozhodli sme sa vzhľadom na to, že zatiaľ sa nenavrhol iný projekt, navrhnúť reformu, ktorá by komplexne vyriešila problémy slovenského zdravotníctva. Prečo je taký krik proti tejto reforme? Prečo sú proti nej práve niektoré skupiny, dokonca sa správajú aj nekorektne? Spomeňme si na vlašajšok, keď sme robili sedemnovelu, v rámci ktorej sme zasiahli aj do liekovej politiky. Vtedy si ľudia nevedeli vysvetliť, prečo by mali platiť povestné dvadsaťkorunáčky. Čo sa vtedy hovorilo? Že nebudú dostupné lieky a zo slovenského trhu vraj odídu farmaceutické firmy. Lieky sú dostupné a firmy zo Slovenska neodišli. Zdravotné poisťovne natoľko výrazne znížili výdavky na lieky, že dnes ani jedna neplní naplánované výdavky, ktoré si určila. To znamená, že rast výdavkov na lieky je oveľa nižší, ako uvažovali. Navyše od januára 2004 sme museli kompenzovať 5 -percentný nárast dane z pridanej hodnoty.“ Ďalej uviedol, že zamestnávateľia a zamestnanci dávajú dve tretiny všetkých financií do zdravotníckeho systému, ale nepýtajú sa, ako sa s nimi hospodári. Hlavne zamestnávateľia vedia, že odvody im zdražujú cenu práce, znižujú konkurencieschopnosť, lebo 14 -percentné odvody sa premietajú do ceny výroby. Vedia, že cena práce je rozhodujúcim ukazovateľom v našej exportnej schopnosti, keďže finálna hodnota slovenskej ekonomiky je zhruba 8 %. Ekonomicky aktívni poistenci sa nechajú tak trochu zdierať o 14 % a pritom ich ani nezaujíma, ako sa s nimi narába...

„Podme teraz k tomu, čo my nazývame reforma zdravotníctva. Prečo sme sa rozhodli spraviť šesticu zákonov, ktorých prepojenie je také intímne, že zmena v jednom by znamenala zmenu v ďalších piatich? Ukázalo sa, že zatiaľ nie sme schopní si povedať, že urobíme jeden zákon, potom druhý,

následne tretí. Kritizujú nás, že reforma mešká. Po 55 rokoch meškania sa teraz mešká päť mesiacov len preto, že obťažnosť niektorých procesov, aj medicínskych, ale aj otázky etiky, techniky a informovanosti sú veľmi citlivé. Aj problematika zdravotnej dokumentácie a narábania s ňou pri predaji lekárskej praxe boli dôvodnú, pre ktoré sme stáli niekoľko mesiacov, kým sme našli ako-tak priechodné riešenie. Predaj praxe už nebude sprevádzať predaj dokumentácie, lebo súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je aj písanie zdravotnej dokumentácie. Vyskytli sa názory, že je to majetok pacienta, lebo sa ho bezprostredne týka. Ďalší názor bol, a ten sme si osvojili, že zdravotná starostlivosť je vlastníkom solidárneho systému. Našli sme riešenie, ktoré uspokojí aj súkromných lekárov: že môžu odovzdávať kópiu zdravotnej dokumentácie povolaným osobám. Vyskytli sa aj ďalšie problémy, napríklad v podobe bezimplantačného vyšetřovania. Pri tejto „maličkosti“ sme stáli dva mesiace. Alebo otázka sterilizácie. Navštívil ma americký veľvyslanec s ľudsky pochopiteľnou požiadavkou, aby sme vyriešili problém sterilizácie. Vyriešili sme ho, ale chvíľu to trvalo; odstránili sme neetické indikácie pre sterilizáciu a veľmi významne sme prepracovali niektoré časti zákona. Takže to všetko trvalo veľa času. Áno, stratili sme päť mesiacov, no pri 55 stratených rokoch je to len zlomok času.“

Následne sa rečník zmienil o solidárnych systémoch. Humorne uviedol, že nechcel by mať zarámovaného nad posteľou toho, kto vymyslel pojem verejného blaha a takisto, že ekonomicky aktívnym štát zoberie peniaze a tým zabezpečí blaho pre všetkých. „**My si ctíme solidárnosť prinajmenšom ako určitú konzervatívnu hodnotu a hovoríme, že tieto reformy sú postavené na rovnakej starostlivosti pre rovnakú potrebu. Neskúmame sociálne postavenie občana, skúmame jeho potrebu a starostlivosť, ktorú musí dostať. Ďalším aspektom je schopnosť platby. V systéme máme väčšinu ľudí, ktorí do neho nikdy neplatili: buď teraz, predtým alebo potom, prípadne po celý čas. Deti ešte nemôžu platiť, dôchodcovia už neplatia. Napriek tomu im systém musí poskytovať služby a podľa mňa najkvalitnejšie práve preto, že sú to z hľadiska zdravotnej starostlivosti najohrozenejšie skupiny. Univerzálnosť fondov je zameraná na ochranu práv pacientov, teda na vymožitelnosť práva pacientov. Málokto si všimol, že sme integrovali do návrhov novej legislatívy všetkých dvanásť základných pilierov Európskej charty práv pacientov.**

Ďalej nám v reforme ide o dodržiavame pravidiel hry. Ved' prečo by vymožitelnosť práva nemohla byť jedným z prvých kľúčov zdravotníckej reformy? Práva poskytovateľa, práva pacienta, práva poisťovní, ale aj práva štátu. Naši zdravotníci vkladajú do výkonu svojej práce kus života a svojho majstrovstva. To je tá etická stránka, ktorá je neoceniteľná: zdravotná starostlivosť je poslanie, nemôžete ju poskytovať ako služby v autoservise.

Veľmi dôležitý je aj boj proti korporativizmu: umožniť všetkým, ktorí spĺňajú odborné podmienky, prístup na zdravotnícky trh. V tomto prípade ideme skôr filozofiou krajín OECD. Vieme, že z pätnástich pôvodných krajín Európskej únie v jedenástich boli komory, v desiatich bolo možné členstvo v stavovskej komore. Vo väčšine krajín už vôbec nie sú komory, napríklad v Spojených štátoch, Austrálii, Singapure, Hongkongu, na Novom Zélande, v Mexiku... A žiadnym spôsobom sa v nich nezhoršila ani kvalita zdravotnej starostlivosti, ani kvalita lekárenskej starostlivosti.“

Minister Zajac v nasledujúcej časti svojej prednášky zdôraznil, že po reforme rezortu sa musí výrazne zvýšiť zodpovednosť zdravotnej poisťovne. „**Slovensko sa hemží vykladačmi zákonov asi tak, ako sa India hemží fakírmi. Málokto si uvedomil, že v ústave máme napísané: zdravotná starostlivosť sa poskytuje bezplatne na základe zdravotného poistenia. Čo tým chcem povedať? Zdravotné poisťovne sú súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti - či chcú alebo nechcú. Musia preto zobrať na seba zodpovednosť za svojich klientov, prinajmenšom pri ich financovaní a manažovaní. To dnes nerobia. Naše zdravotné poisťovne nevstupujú do systému, neberú zodpovednosť za pacientov. Keď máte nejaký zdravotný problém, neobráťte sa na zdravotnú poisťovňu, ale začínate klasickou reakciou socialistického pacienta - nepoznáš nejakého lekára?“**

Ďalšou ambíciou reformy je zvýšiť zodpovednosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V súčasnosti je poskytovateľ v pozícii, že zodpovedá za všetko, či sú peniaze, alebo nie sú. Na druhej strane treba dosiahnuť, aby poskytovateľ psychologicky nezneužíval svoje dominantné postavenie a lepšie informoval pacienta. „**Zaviedli sme pojem informovaný súhlas aby pacient bol súčasťou liečby. Od poskytovateľa zasa chceme, aby prevzal zodpovednosť za svoje rozhodnutia. Samozrejme, že musí byť aj vyššia zodpovednosť pacienta, aby bol aktívny v prevencii, ktorú preferujeme ako prvok zodpovedností.**“

Rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu je ďalšou axiómou návrhu reformy. Agentúra Focus nedávno zamerala pozornosť na zistenie, z čoho majú občania najväčší strach, inak povedané, čo sú ich priority

zdravotnej starostlivosti. Zistila, že sú to srdcovo-cievne choroby, onkologické ochorenia a cukrovka, pretože to sú drahé, život ohrozujúce ochorenia. „**Pre mňa boli zaujímavé dve zistenia -zdravotno-stomatologická starostlivosť svedčí o nízkej kultúre národa, veď iba 1,4 % občanov má obavy zo zubov; tiež ma zarazili nízke počty respondentiek, ktoré mali obavy z gynekologických chorôb. Rok a pol tvrdíme, že tieto a tieto choroby zabíjajú, lebo na ich liečbu nemáme peniaze: Len traja zo šiestich pacientov dostávajú zodpovedajúcu zdravotnú starostlivosť. Priority sú dôležité preto, lebo keď nemám dosť peňazí, nemôžem mať financie na všetko, takže si ich musím stanoviť. Sme hlboko presvedčení, že nedokážeme financovať všetko, ale že ani všetko nemôže byť bezplatné, pretože vzniká možnosť na zneužívanie systému. Už platenie dvadsaťkorunových poplatkov malo významný dosah na marginálne náklady. Existuje veľa chorôb alebo diagnóz, pri ktorých potrebujeme zaťažiť pacienta spoluúčasťou. Nie preto, aby sme získali ďalšie zdroje, ale preto, že na jeho liečbu nemáme zdroje práve v danej chvíli. Ak pacient predsa len požaduje starostlivosť, potom budeme môcť žiadať jeho finančnú spoluúčasť. Ako?“**

Rečník to ilustroval na konkrétnom príklade. Všetky zdravotné poisťovne hovoria, že treba znížiť rozsah Liečebného poriadku, teda zaviesť spoluúčasť pacienta, ale ani jedna nepovie, ako to spraviť. Je to vraj podmienené aj tým, že zdravotné poisťovne sú vo vynikajúcej pozícii. Poistenci im odvádzajú peniaze, ale poisťovne v podstate za nič nezodpovedajú, vlastne ani neposkytujú služby, ale robia len prerozdelenie financií. „**Byť v súčasnosti šéfom zdravotnej poisťovne je sen: idú vám peniaze a za nič nezodpovedáte. Paráda.**“

Preto tvorcovia reformy rozdelili choroby na také, pri ktorých vôbec nemožno uvažovať o spoluúčasti pacienta, a choroby, kde o jeho spoluúčasti možno uvažovať. „**Chceme zaviesť komisie zložené z rôznych odborníkov, aby povedali, že tento výkon je legálny, tento nie, ten netreba robiť. To znamená, že konečne by mal vzniknúť zo zákona tzv. katalóg výkonov, teda systém regulárnych výkonových postupov. Vo svojich hlavách vieme výkony rozdeliť na výkony vedúce k zisteniu choroby a výkony k jej odstráneniu.**“ Kategorizačný model v praxi znamená, že v prvom rade treba dodržať Ústavu SR.

„**Preto chceme parlamentu predložiť zoznam diagnóz podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb, v ktorom presne určíme, že o ktorých diagnózach nikdy nebudeme uvažovať, aby ich hradil pacient. Toto musíme podchytiť v zákone. Zoznam zostavilo 25 vynikajúcich odborníkov a päť našich znalcov. Nazvali sme ho Národný zoznam prioritných diagnóz. To sú tie, ktorých sa občania najviac boja: onkologické a srdcové ochorenia, chronické zlyhávanie obličiek a podobne.**

Ďalej máme tzv. podčiarový zoznam. O ňom rozhodne vláda a určí, aká bude spoluúčasť pacienta. Môže prísť vláda, ktorá bude menej ústretová, zvýši spoluúčasť občanov a urobí to svojim nariadením. Myslím, že teraz, po nás príde vláda, ktorá bude viac ústretová k občanom a výrazne zmení poplatky. To znamená, že možno všetko bude hradené z verejného zdravotného poistenia. Inak povedané - zdravotná politika ľubovoľnej vlády, ktorá príde, sa prejaví vo vyššej alebo nižšej spoluúčasti občana. Vláda ju môže realizovať bez toho, aby musela osemnásť mesiacov čakať, kým sa vypracuje šesť nových zákonov.

Často sa pritom zabúda, že dominantnú úlohu v tomto procese zohrajú zdravotné poisťovne. Ony rozhodnú, ako široký bude ten balík. Splní sa im ich sen, budú sa zúčastňovať na rozširovaní alebo zužovaní rozsahu liečebného balíka.

Obvinili nás, že chceme povraždiť starých ľudí, lebo zvyšujeme ich finančnú záťaž. Nie je to pravda. Na Slovensku sa dnes uvažuje s korupciou vo výške 25 % z verejných zdrojov. To je okolo pätnásť miliárd korún. Čím väčšiu mieru bezplatnosti občanovi sľubujete, tým kódujete väčšiu mieru korupcie. To je takmer rovnica. Robíme si analýzy a uvedomujeme si tie dosahy. Nie je však ľahké vysvetliť, že dôchodcovia nie sú diskriminovanou skupinou, ale že sociálne dosahy sú nevyhnutné, lebo máme obmedzený zdroj financií.“

V následnej diskusii minister najskôr reagoval na medializované informácie, že výška spoluúčasti pacienta na poskytovanej zdravotnej starostlivosti bude závisieť od výšky jeho reálneho príjmu. Označil to za blud, „**ktorý vyvrcholil sofistikovanou reakciou novinárov, že pacienti budú chodiť k lekárovi s výplatnou páskou.**“ Vysvetlil, že rôzne treba kategorizovať choroby detí, inak ochorenia ekonomicky aktívnych poistencov a odlišne ochorenia dôchodcov. „**Asi sme jasne nepovedali, že pre dôchodcov, napríklad v stomatologickej protetike, musíme vytvoriť možno pätnásťročné prechodné obdobie, počas ktorého budú dostávať z verejného zdravotného poistenia viac ako 20- či 30-roční poistenci. Do návrhu**

zákona sme jednoducho museli dať všeobecne platné kritériá doplatku, o ktoré by sa zdravotné poisťovne mohli oprieť.“

Ďalej minister Zajac vysvetlil pojem zodpovednosti pacienta za dodržiavanie liečebného režimu na príklade poistenca, ktorý je po infarkte, lekár mu dôrazne odporučí prestať fajčiť, ale on jeho upozornenie nerešpektuje. **„V tom prípade sa pre zdravotnú poisťovňu otvára možnosť, aby na návrh lekára pacientovi zvýšila finančnú spoluúčasť na jeho liečbe. Nevieam, či to budú poisťovne i lekári využívať, ale ako možnosť sme to do návrhu zákona zakomponovali. Na druhej strane bude môcť poisťovňa svojmu poistencovi zohľadniť aj jeho aktívnu účasť na prevencii - napríklad pri očkovaní proti chrípke.“**

Jedna z otázok smerovala i k možnosti slobodného výberu zdravotnej poisťovne, **„ale mierne obmedzeného“**, reagoval minister. Poistenec by mal možnosť, v intenciách návrhu zákona, len raz za rok vymeniť poisťovňu - najneskôr do 30. septembra v tom-ktorom roku. **„Toto pravidlo chceme zaviesť preto, aby sa poisťovne nezbavovali nákladných poistencov a mohli si konečne začať plánovať svoje finančné zdroje na zdravotnú starostlivosť. Solidárnosť chceme zabezpečiť prerozdeľovaním vybraných prostriedkov podľa tzv. indexu rizika.“**

Podotkol, že tento mechanizmus bude treba ešte doplniť o kritérium frekvencie alebo nákladovosti. **„Napriek tomu, že máme pluralitu poisťovní, musíme zabrániť, aby si konkurovali vo výbere poistencov. Samozrejme, každá zdravotná poisťovňa by uprednostnila, ak by mala možnosť vybrať si mladého, zdravého a zamestnaného klienta. A opačne, žiadna by nechcela mať vo svojom poistnom kmeni deti a najmä dôchodcov. Na druhej strane chceme, aby si poisťovne konkurovali pri nákupe zdravotnej starostlivosti - tým, že budú tlačiť na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a hľadať pre svojich poistencov kvalitnú starostlivosť za optimálne ceny.“**

Na záver diskusného fóra sa minister zdravotníctva SR zmienil o Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, voči ktorému je nemálo námietok. **„Mal by plniť funkciu Úradu pre finančný trh, ktorý kontroluje komerčné poisťovne - mal by právo vydávať aj odoberať licencie, kontrolovať solventnosť poisťovní, jednoducho plniť funkciu, akú praktizuje Národná banka Slovenska voči bankám. Navyše by mal aj špeciálne zdravotnícke funkcie - či zdravotná poisťovňa nakupuje služby lege artis, či lekári a zdravotnícke zariadenia poskytujú správnu zdravotnú starostlivosť. Občanovi zabezpečíme to, čo doteraz poriadne nemal - právo na zdravotnú starostlivosť lege artis.“**