

Päťica mýtov o reforme zdravotníctva

- a čo si o nich myslí minister zdravotníctva SR Rudolf Zajac

„Už mám pomaly obavy zapnúť televízor či rozhlas, lebo zrazu, za posledný týždeň sa nám vyrojilo asi šesť reforiem zdravotníctva,“ začal s určitou nadsázkou svoje vystúpenie minister zdravotníctva SR Rudolf Zajac. Vzápätí však auditórium ubezpečil, že jeho prezentácia bude vecná a „využijem ju nie na strašenie, ale na prezentáciu faktov i na poukázanie niektorých rizík, ktoré reformný proces so sebou nevyhnutne prináša.“ Svoju prednášku nazval Mýty o reforme zdravotníctva.

MÝTUS Č. 1: Zmena zdravotných poisťovní a nemocníc na akciové spoločnosti znamená privatizáciu zdravotníctva.

Minister Rudolf Zajac: Zmena právnej formy nemení vlastnícke vzťahy. Nemocnice, ktoré sú dnes príspevkovými organizáciami štátu, sa zmenia na akciové spoločnosti, kde akcie vlastní štát. Ten ich bude môcť odovzdať lekárske školám, samospráve (mestám, vyšším územným celkom). Zmena však bude znamenať, že poisťovne a nemocnice nadobudnú ustálenú právnu formu s dobre definovanými parametrami, orgánmi a zodpovednosťou.

Vlastnícke vzťahy budú transparentné, nemocnice a poisťovne budú mať prehľadné a štandardné riadiace orgány, povinnosť vnútornej kontroly, vedenia riadneho účtovníctva a dokumentácie, budú niesť zodpovednosť za škodu podľa Obchodného zákonníka. Povinný bude aj externý audit a pravidelný reporting pre ministerstvá financií, zdravotníctva a pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Odstránia sa dnešné neštandardné situácie, keď nemocnice v správe štátu mohli robiť dlhy, ktoré nakoniec zaplatil štát z daní všetkých občanov, alebo situácie, keď štát jednej nemocnici dal peniaze na nákup prístrojov a druhej nie. Nemocnice tiež získajú možnosť vyberať si svojich pracovníkov a ohodnocovať ich podľa ich výkonu. Budú sa musieť viac orientovať na kvalitu služieb a na klienta. Pre pacienta zmena prinesie zvýšenie kvality a jeho bezpečnosti - poskytovatelia budú viac zodpovední, napríklad žalovateľní pred súdom a pod.



Veľmi často sa hovorí o tzv. verejnoprávných nemocniciach či verejnoprávných zdravotných poisťovniach. Dajte mi definíciu, čo to je „verejnoprávny“ a ja sa upokojím; nechcem niekoho uraziť, ale z môjho pohľadu jediné verejné, čo dobre fungovalo, funguje a bude prosperovať, sú verejné domy. Nemocnice preto chceme zmeniť na akciové spoločnosti, aby sme mohli vytvoriť spoluvlastníctvo napr. s vysokými školami, aby nemocnice patrili aj mestám, lebo pre ich obyvateľov - aj zo širšieho okolia - je dobre fungujúca nemocnica významný prvok sociálnej ochrany.

Aby som to zhrnul: transformáciou nemocníc na akciové spoločnosti pominú niektoré rozpočtové obmedzenia a zmizne nesystémové oddĺženie, vznikne rovnosť šancí pre štátne i private zariadenia, bude sa musieť viesť štandardné účtovníctvo s povinnosťou externého auditu, budú jasné vzťahy medzi vlastníkom nemocnice a jej manažmentom. Ďalej vznikne možnosť ovplyvňovať vstupy - manažment ľudských zdrojov, finančný manažment, manažment aktív a pasív, zariadenia budú vystavené trhovej konkurencii, a preto sa budú musieť viac orientovať na kvalitu služieb a na klienta, dosiahne sa zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, a tým aj vyššia bezpečnosť pre pacienta, pretože poskytovatelia budú vo zvýšenej miere žalovateľní pred súdmi. A na neposlednom mieste je šanca na odmeňovanie podľa výkonu a výkonnosti.

Ešte sa chcem zmeniť o tých, ktorí tvrdia, že nikde na svete neexistujú zdravotné poisťovne v podobe akciových spoločností. Nie je to pravda. Vo Švajčiarsku ide napríklad len o akciové spoločnosti, v Nemecku majú kombináciu akciových a verejnoprávných, ale vyvoláva to chaos a verejnoprávne sa rušia. Viete, akú podobu má reforma zdravotníctva - podľa programu vlády z mája minulého roku - v Holandsku? Privatizácia zdravotného poistenia od budúceho roku, celá populácia bude pokrytá univerzálnym private poistením, ktoré budú robiť private zdravotné poisťovne (samozrejme, s možnosťou dosahovať zisk), sociálny charakter sa bude dosahovať reguláciou a verejnými obmedzeniami. Skrátka, možno povedať, že toto

rozhodnutie holandskej vlády je kľúčovým krokom v principiálnej debata o zdravotnom poistení s cieľom podporiť konkurenciu a redukovať vládne zásahy.

MÝTUS Č. 2: Zisk v zdravotníctve je nemorálny.

Minister Rudolf Zajac: Skúsme sa teraz pozrieť na morálnosť a nemorálnosť ziskov. Hovorí sa, že v zdravotníctve je zisk nemorálny. Nie je to pravda. V zdravotníctve dosahujú zisk všetky zúčastnené subjekty: farmaceutické spoločnosti, distribučné spoločnosti, dodávatelia liekov, lekárnici, súkromní lekári, súkromné nemocnice. Zisk v zdravotníctve nie je amorálny, ale ako v každej inej oblasti stimuluje k efektívnosti.

Prečo potom práve u poskytovateľov v lôžkových zdravotníckych zariadeniach sa zrazu strachujeme, že budú mať zisk? Či vari chceme, aby robili za vatikánske doláre? Samozrejme, musia pracovať za zisk, pravda, na úvahu je, či je primeraný, získaný korektne, lége artis metódami. Verím, že nikto už nepochybuje o tom, že zdravotníctvo patrí do ekonomicko-poskytovateľského systému a že dokonca patrí medzi služby.

MÝTUS Č. 3: Reforma je antisociálna.

Minister Rudolf Zajac: To je hrubá demagógia, navyše ak odporcovia reformy strašia, že napríklad dôchodcovia nedostanú v prípade potreby adekvátnu liečbu, len tzv. symptomatickú. Naopak, celá filozofia reformy je postavená na princípoch solidarity bohatých s chudobnými a mladších so staršími.

Reforma predstavuje inovatívne nástroje pri rešpektovaní princípov solidarity. Ktoré to sú? Flexibilná sieť, ktorá sa dokáže prispôbiť potrebám občanov, inteligentná schéma spoluúčasti, ktorá odbúrava nadbytočný dopyt, ale neznižuje prístup k zdravotnej starostlivosti, i flexibilný rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorý umožní každej vláde realizovať svoju vlastnú politiku. Čo je ukryté pod pojmom inteligentná schéma spoluúčasti? Napríklad vysoká finančná účasť poistenca - pacienta pri častých, lacných a každodenných ochoreniach (chrípka, nádcha...), nízku alebo žiadnu spoluúčasť pri zriedkavých, ťažkých a drahých ochoreniach (onkologických, kardiologických...), nižšia spoluúčasť pre najchudobnejších (deti, dôchodcovia...); jej súčasťou je aj horný limit na spoluúčasť v podobe určitého percenta z ročného príjmu.

MÝTUS Č. 4: Pacient bude hračkou v rukách poisťovne, tá rozhodne, kedy, kde a či vôbec ho bude liečiť.

Minister Rudolf Zajac: Pacient bude mať s poisťovňou štandardnú zmluvu, v ktorej si dohodne podmienky. V prípade potreby bude poisťovňa povinná zabezpečiť svojmu klientovi adekvátnu starostlivosť, v primeranom čase. Akútna starostlivosť bude vždy poskytnutá okamžite, tzv. čakacie listiny (poradovníky) budú len v prípade zákrokov, ktoré sa dajú odložiť (výmena kĺbu, operácia kľčových žíl...).

Pretože poisťovne sa budú snažiť, aby pre pacienta zabezpečili starostlivosť v čo najlepšej kvalite a čo najefektívnejšie. Je možné, že nejaký zákrok preňho objedná v zmluvnom zariadení, ktoré nebude priamo v mieste bydliska pacienta. Pacient však dá k takémuto postupu dobrovoľne svoj súhlas pri podpise poisťovej zmluvy.

Pacient si bude môcť vybrať aj lekára (nemocnicu), ktorá nemá zmluvu s jeho poisťovňou. Po dohode s poisťovňou mu prepíati časť nákladov, ktoré zaplatil za liečbu v tomto nezmluvnom zariadení, a to až do výšky, ktorú by za jeho liečbu zaplatila v zmluvnom zariadení. Pacient teda bude mať zachovanú možnosť slobodnej voľby lekára. Na dodržiavanie zákonov a ochranu práv pacientov bude dozerat' nezávislý Úrad pre dohľad. V prípade pocitu diskriminácie sa občan bude môcť obrátiť na tento úrad so žiadosťou o pomoc a preverenie postupu poisťovne, nemocnice, lekára. Rovnako zostáva možnosť obrátiť sa na ostatné kompetentné štátne orgány (polícia, súdy).

MÝTUS Č. 5: Kvalitnú starostlivosť dostane len ten, kto sa pripoistí, alebo si priplatí.

Minister Rudolf Zajac: Starostlivosť v rozsahu definovanom v návrhu zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia (základný balík obsahujúci všetky prioritné diagnózy) dostane každý v rovnakej zákonom garantovanej štandardnej kvalite, bez potreby doplácať. Z pripoistenia alebo za doplatok sa bude dať zabezpečiť len určitý presne definovaný nadštandard, napríklad lepšia izba v nemocnici, rýchlejšia operácia v prípade odkladnej starostlivosti, nadštandardná endoprotéza. To však

neznamená, že ten, kto si nepriplatí, dostane nekvalitnú endoprotézu, nemocnice aj v iných prípadoch budú musieť používať len kvalitné a certifikované materiály.

„Na záver by som sa chcel vrátiť k podstate tohto seminára, ktorého spoluorganizátormi sú ministerstvo zdravotníctva a Slovenská lekárska spoločnosť,“ uviedol minister Zajac. „Je nevyhnutné zdôrazniť, že spoluprácu takej renomovanej organizácie, akou je lekárska spoločnosť so svojimi odbornými spoločnosťami, si mimoriadne cením a vážim. Otvorene hovorím, že bez vašej odbornej spoluúčasti na tvorbe kategorizácie zdravotných výkonov sa nedokážeme pohnúť z miesta. Bude potrebné veľmi citlivo nastaviť parameter ich sociálnej únosnosti, ale na druhej strane sa lekár nemôže cítiť ekonomicky obmedzovaný pri diagnostike či liečbe pacienta. Nepochybujem o tom, že aj lekári si uvedomujú nevyhnutnosť zohľadňovať ekonomickú situáciu, v akej sa rezort nachádza. Obrazne povedané, musia nám menej starostí robiť chrípky, ale viac nás musia trápiť akútne infarkty.“