

Reforma zdravotníctva SR a katalóg zdravotníckych výkonov boli ústrednými bodmi pracovného seminára (24. augusta 2004), na ktorom sa popri predstaviteľoch Ministerstva zdravotníctva SR, poslancoch - členoch Výboru pre zdravotníctvo Národnej rady SR, riaditeľoch zdravotníckych zariadení a ďalších hostí zúčastnili aj reprezentanti 88 odborných spoločností Slovenskej lekárskej spoločnosti.

V úvodnej prednáške, zameranej na sociálne dosahy reformy rezortu na občanov, prezentoval hlavný poradca ministra zdravotníctva SR Ing. Peter Pažitný, MSc., fakty, ktoré dokumentovali, že zavedenie poplatkov za služby spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neohrozili jej dostupnosť. Týmto krokom sa podarilo nielen znížiť počet návštev u lekárov ambulantnej starostlivosti, ale aj zredukovať spotrebu liekov; navyše došlo aj k poklesu korupcie. Prezident Slovenskej lekárskej spoločnosti prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc., predniesol prednášku na tému Katalóg zdravotníckych výkonov: včera, dnes a zajtra. Zdôraznil, že pre lekársku spoločnosť je možnosť spoluvytvárať katalóg zdravotníckych výkonov veľkou odbornou výzvou. Vyzdvihol nevyhnutnosť hľadania možností, aby ošetrovateľské diagnostické a liečebné postupy boli čo najefektívnejšie nielen z medicínskeho, ale aj ekonomického hľadiska. Generálny riaditeľ Union poisťovne, a. s., Ing. Tibor Bôrik zameral pozornosť na reformu zdravotníctva v kontexte s transformáciou zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti. V individuálnom zdravotnom poistení vidí šancu na vytvorenie prostredia pre vhodnú motiváciu klientov, aby si zlepšovali svoje zdravie a zdravotný stav. Minister zdravotníctva SR Rudolf Zajac nazval svoje vystúpenie Päťica mýtov o reforme zdravotníctva, pričom sa podrobnejšie zmienil o niektorých fámach, prezentovaných odporcami reformy, ktorých cieľom je dezinformovať verejnú mienku.



Pohľad na predsednícky stôl (zľava) prezident SLS prof. MUDr. P. Krištúfek, CSc., štátny tajomník MZ SR MUDr. J. Gajdoš, minister zdravotníctva SR R. Zajac, koordinátorka pre prácu s reformnými zákonmi MUDr. A. Novotná, PhD., generálny riaditeľ Union poisťovne, a. s., Ing. T. Bôrik a poradca ministra Ing. P. Pažitný, MSc.

# Garancia ochrany pred katastrofickými nákladmi

*Z vystúpenia hlavného poradcu ministra zdravotníctva SR pre reformu Ing. Petra Pažitného, MSc.*

Hlavný poradca ministra zdravotníctva SR pre reformu Ing. Peter Pažitný, MSc., (na obr.) prezentoval prednášku na tému **Systém garantuje ochranu pred katastrofickými nákladmi na zdravotnú starostlivosť**. Zameral sa v nej na tri základné body: občan platí za zdravotnú starostlivosť už v súčasnosti, definoval základné piliere reformy zdravotníctva a zvýraznil tri garancie sociálne únosnejšieho zdravotníctva.



V úvode sa zmienil o čl. 40 Ústavy SR, ktorý znie: Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon; doplnil ho o nález Ústavného súdu SR či. 13/1994: Uplatnením ústavného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť sú i podmienky, rozsah a spôsob jej poskytovania.

Podľa platnej legislatívy už v súčasnosti platí občan za zdravotnú starostlivosť, ktorá presahuje rámec zdravotného poistenia, keď nie je poskytovaná na liečebný účel, poskytuje sa na vyžiadanie pacienta, alebo sa použijú nákladné materiály. Od júna minulého roku sa v intenciách zákona č. 98/1995 Národnej rady SR v znení zákona č. 138/2003, paragrafu 3a zaviedli 20 -korunové poplatky v primárnej ambulantnej sieti, 20 -korunové poplatky za recept a 50 -korunové poplatky za ubytovanie a stravovanie v lôžkových zdravotníckych zariadeniach, ako aj spoluúčasť pacienta na doprave (2 Sk/km). **„Nález Ústavného súdu SR hovoril o tom, že tieto poplatky sú v súlade s Ústavou SR,“** povedal Ing. Pažitný. Následne prezentoval výsledky analýzy zameranej na dosahy zavedenia poplatkov, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, na občanov. Konštatoval, že 58 % respondentov potvrdilo, že zavedenie poplatkov neovplyvnilo frekvenciu ich návštev u lekára a je rovnaká ako predtým; asi 20 % uviedlo, že zavedenie poplatkov mierne ovplyvnilo ich návštevnosť a chodia k lekárovi menej často; len 1,5 % respondentov tvrdilo, že po zavedení poplatkov prestalo navštevovať lekára; mnohí z nich uviedli, že je pre nich efektívnejšie ísť priamo do lekárne a liek si kúpiť. **„Zavedenie poplatkov považujeme za významný krok, ktorý neovplyvnil dostupnosť zdravotnej starostlivosti - a to je veľmi, veľmi dôležité. O asi 10 % klesli návštevy pacientov v primárnej ambulantnej starostlivosti a asi o 13 % v lôžkových zdravotníckych zariadeniach. Významne sa tiež znížila spotreba liekov; je to úspech aj preto, že Slovensko je špecifické tým, že aj 95 % návštev lekára sa automaticky končí predpísaním lieku. Objem doplatkov občanov na zdravotnú starostlivosť dokumentuje tabuľka č. 1, pričom za roky 2002 a 2003 sme mali k dispozícii oficiálne štatistiky a rok 2004 je určený zatiaľ odhadom. Tieto čísla svedčia ešte o niečom: zatiaľ čo v roku 2002 až 32 % občanov tvrdilo, že v zdravotníctve je korupcia, po zavedení poplatkov to tvrdilo už len 10 percent opýtaných. Vedie nás to k záveru, že objem neformálnych platieb bude klesať, pričom cieľom je formálnou spoluúčasťou pacienta zamedziť korupcii.“**

**Tabuľka č. 1:**

	2002	e2003	f2004	f2005
Lieky, ZP	5,20	6,00	7,00	
Zdravotné výkony	1,63	2,00	2,50	
Poplatky za služby súvisiace s poskytovaním ZS	0,00	1,50	3,00	
<b>SPOLU – legálna spoluúčasť</b>	<b>6,83</b>	<b>9,50</b>	<b>13,50</b>	
Neformálne platby – odhad na základe štúdie WB a UNAID, 2000	6,50	4,50	3,50	?
<b>SPOLU legálna a neformálna spoluúčasť</b>	<b>13,33</b>	<b>14,00</b>	<b>16,00</b>	
Spoluúčasť pacienta ako % z celkového objemu zdrojov	18,49 %	18,57 %	19,95 %	

Následne prednášateľ zameril pozornosť na základné princípy reformy:

- rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu;
- občan prispieva do systému podľa schopnosti platiť,
- univerzálne pokrytie;
- ochrana práv pacientov;
- vymáhanie pravidiel hry;
- zdravotná starostlivosť je technicky služba a eticky poslanie;
- zaručenie voľného vstupu licencovaných poskytovateľov na zdravotný trh.

**„Čo znamená, že zdravotný systém je solidárny? Znamená to toľko, že 1 % poistencov spotrebuje 24 % všetkých výdavkov a asi prvých desať percent najnákladnejších poistencov spotrebuje 74 % celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Základnou stratégiou reformy je identifikovať tie choroby a diagnózy, na ktoré poistenec nebude mať finančné prostriedky, aby ich zaplatil; musíme ich vyselektovať a na ne sa musia poskladať všetci poistenci. Potom bude nasledovať ďalšia skupina diagnóz, ktoré spínajú tzv. kritérium poistiteľnosti, to znamená, že sa dajú poistiť v individuálnom zdravotnom poistení. Z technického hľadiska sa návšteva u lekára veľmi nelíši od návštevy u kaderníka. Aby som bol dobre pochopený - je to služba, to znamená, že sa nedá skladovať, je bezprostredne poskytnutá človeku človekom, má atribúty, ktoré má mať služba. Samozrejme, služba lekára má výrazne etický rozmer, ale pri jej definícii sa názory môžu značne rozchádzať - napríklad v súvislosti s interrupciou, eutanáziou a podobne. Jeden z princípov reformy je tiež možnosť, aby sa garantoval voľný vstup licencovaným poskytovateľom na zdravotný trh. Inak povedané, každý, kto splní základné podmienky, sa bude môcť slobodne uplatniť na zdravotnom trhu, môže sa uchádzať o kontrakt so zdravotnou poisťovňou a o priazeň svojich pacientov.“**

Následujúcu pasáž svojej prednášky Ing. Pažitný zameril na prezentáciu troch pilierov finančnej ochrany občana (**tab. č. 2**). Prvý tvorí verejné zdravotné poistenie, ktoré zabezpečuje tzv. nepoistiteľné riziko na solidárnom základe - veľa ľudí prispieva, málo čerpá. Druhý typ ochrany reprezentuje individuálne zdravotné poistenie (individuálne riziko na základe zdravotného stavu). **„Môže existovať ešte skupina ľudí, pre ktorú**

budú niektoré platby drahé - to sú tie zraniteľné skupiny, pre ktoré už aj v súčasných zákonoch existujú výnimky. Aj v návrhoch zákonov sa pamätá na výnimky, ale túto problematiku musí riešiť už sociálny systém. Prečo je to dôležité? Keď, napríklad, zavedieme nejaké výnimky na 20 - korunové platby, automaticky diskriminujeme určitú časť lekárov. Zatiaľ sa o tom uvažuje v podobe príspevku na zdravotnú starostlivosť, čo je systémový krok, ktorý smeruje k tomu, aby lekári v regiónoch s vyššou nezamestnanosťou a vyšším percentom ľudí v hmotnej núdzi neboli diskriminovaní v porovnaní so svojimi kolegami v iných regiónoch.“

Povaha rizika	Typ ochrany	Typ rizika
Nepoistiteľné riziká - poistná udalosť už nastala	Verejné zdravotné poistenie	Zabezpečuje nepoistiteľné riziko na solidárnej báze (veľa ľudí prispieva, málo čerpá)
Poistiteľné riziká - poistná udalosť ešte nenastala	Individuálne zdravotné poistenie Platba v hotovosti	Individuálne riziko na základe zdravotného stavu
Finančné zdroje občana nestačia kryť poistiteľné riziká.	Sociálny systém	Ochrana zraniteľných skupín

V nasledujúcej časti svojej prezentácie Ing. Pažitný predstavil účastníkom seminára tzv. inteligentnú schému v praxi, ktorá vyjadrovala, aké možnosti bude mať parlament pri určovaní diagnóz v základnom solidárnom balíku, teda v tom, ktorý bude plne hradený zdravotnou poisťovňou; ďalšiu skupinu budú tvoriť diagnózy, pri ktorých by pacient mal určitú spoluúčasť. „**Určovať ju bude jedenásťčlenná kategorizačná komisia, ktorá určí, že v tejto diagnóze sú výkony také a také a spoluúčasť taká a taká - ale neurčí to percentuálne, ale fixnou sumou, podobne, ako sa v súčasnosti kategorizujú lieky. Tento spôsob môže priniesť pacientom väčšiu mieru istoty, lebo budú mať pevné ceny. Po parlamentných voľbách môže prísť vláda, ktorá bude mať inú sociálnu optiku. Ak to bude pravicová vláda, môže určiť, že poplatky budú vyššie, ak ľavicová, môže spoluúčasť znížiť, alebo celkom zrušiť. Nové vládne zoskupenia budú tak môcť robiť flexibilnú zdravotnú politiku, bez zasahovania parlamentu a zmien zákonov. To považujeme za veľmi dôležité.**“ Vzápätí prednášateľ uviedol tri garancie sociálne únosnejšieho systému zdravotníctva v najbližšej budúcnosti:

- reforma zavádza **nástroj** na reguláciu spoluúčasti pacientov, **nie spoluúčasť**;
- **výška spoluúčasti pacienta** bude závisieť od objemu disponibilných zdrojov v zdravotníctve a od zdravotnej politiky vlády;
- bude zabezpečená **adresná pomoc** pre sociálne ohrozené skupiny občanov.

V záverečnej časti prezentácie vyjadril Ing. Pažitný optimistické presvedčenie, že do 1. októbra 2004 bude šesť návrhov reformných zákonov schválená a bude existovať zoznam prioritných diagnóz. K 1. júlu 2005 by už mali vzniknúť katalógové komisie a následne štandardizácia terapeutického a diagnostického procesu. Od začiatku roku 2006 sa ráta so vznikom kategorizačných komisií a následne s vypracovaním zoznamu diagnóz, ktoré sa čiastočne uhrádzajú z verejného zdravotného poistenia. „**Aký je rozdiel medzi katalógovou a kategorizačnou komisiou? Katalógová má mať na starosti len medicínsku časť, má určiť, aké výkony prináležia danej diagnóze, aké výkony sú pri nej povolené. Kategorizačná komisia bude mať na starosti len finančnú časť, to znamená, že určí, aká by mala byť spoluúčasť pacienta.**“ Ako akcentoval prednášateľ, v budúcom roku by malo do zdravotníckeho systému prísť o 7 miliárd korún viac a spoluúčasť pacienta na celkových zdrojov by mala dosiahnuť asi 18 %.