

Zajac sľubuje, že ľudia nebudú u lekára platiť desaťtisíce

Katarína Dzurillová:

Minister zdravotníctva Rudolf Zajac vysvetľuje ďalší balíček poplatkov

Tvrдили ste, že občania už nebudú oveľa viac doplácať ako teraz. Poplatky však ostávajú a k nim ešte pribudol zoznam diagnóz, za ktoré sa bude platiť. Koľko teda budú pacienti platiť od budúceho apríla?

V tejto chvíli sa to nedá ešte presne určiť. Vychádzame z ekonomických prepočtov, že dlhy nám po stabilizácii ešte stále tvoria asi 4 miliardy korún ročne, pričom zvýšenie efektívnosti nemocníc môže priniesť úsporu približne miliardu. Keď to mechanicky prepočítavam, tak by celková suma spoluúčasti pacienta v zdravotníctve nemala presiahnuť tri miliardy. Pri vydelení počtom obyvateľov to vyjde asi na 600 korún ročne.

Myslíte, že to ľudia finančne unesú? Vy síce tvrdíte, že pôjde o desiatky korún, ale lekári hovoria, že sumy v ambulanciách za jednotlivé výkony sa môžu vyšplhať aj na tisíce.

Bude to individuálne. Dôležitou otázkou sú frekvencie týchto diagnóz.

Za rok máme približne 100 zlomených kostrčí. To vidia len zdravotné poisťovne, lekári také štatistiky nemajú. Oni vidia len pacienta s diagnózou. Navyše, zatiaľ si nikto nepozeral ten zákon, kde podrobne vysvetľujeme, aký je celkový mechanizmus určovania. Že rozsah výkonov hrađených z verejného zdravotného poistenia určí kategorizačná komisia, v ktorej budú zástupcovia poisťovne, ministerstva zdravotníctva a odbornej verejnosti.

Tak koľko zaplatí pacient napríklad za tú zlomenú kostrč, ktorú si podľa návrhu platí takmer celú?

Je veľmi dôležité upozorniť ľudí na to, že zatiaľ je to len návrh zákona a práve prebieha pripomienkové konanie. Poradie diagnóz aj spoluúčasť pacienta sa ešte určite zmenia. Zlomenina kostrče stojí okolo 530 korún. Inak budeme postupovať pri chrípke. Tam sme jasne povedali, že oceníme prevenciu a menej zaplatíme na liečbu. Iný prístup bude u detí, iný u dospelých, iný u neobvyklých chorôb. Tridsaťtri percent všetkých výkonov, ktoré naše zdravotníctvo poskytuje, stojí menej, ako sto korún. A tam, keď si budeme pýtať polovicu, tak to bude len 50 korún. Ušetrené peniaze budeme môcť dať našim pacientom tam, kde ide o drahé, život ohrozujúce diagnózy, ktoré si nemôžu platiť, ale potrebujú dostať v stopercentnej kvalite. Dovoľte protitázu. A dnes sa nedopláca na angínu? Veď za lieky sa dopláca už dnes možno aj viac, ako je zdravé. Čakám širokú diskusiu. To doteraz nebola vecná diskusia, ale politická.

Ak pacient momentálne nemá peniaze, tak sa bude musieť s poisťovňou dohodnúť na splátkovom kalendári.

Dokážete teda garantovať pacientom, že nebudú platiť tisíce a desaťtisíce za určité výkony?

Opýtajme sa, kde je pacient? Ročne máme zhruba milión hospitalizácií, pätnásť návštev u lekára a 60 miliónov receptov. Problém štatistik je ten, že niekto chodí k lekárovi častejšie a niekto zriedkavejšie. Čím je choroba frekventovanejšia, tým individuálne menej často sa chodí k lekárovi. Takže úplne iný prístup musíme mať k chronickým ochoreniam a úplne iný k akútnym. Úplne iný prístup musíme mať tam, kde je možná prevencia, a úplne iný tam, kde nie je možná. Inak budeme postupovať pri rakovine čapíka maternice, kde sa žena dva razy do roka podrobila normálnej preventívnej prehliadke, ktorú platí poisťovňa. A inak to bude u ženy, ktorá nebola desať rokov u gynekológa, hoci to má zadarmo.

Takže koľko budú ľudia platiť?

Budeme garantovať občanom, že nepôjde o nijaké desaťtisíce. Sústavne im budeme hovoriť, že zdravie je hodnota, ktorá nie je zadarmo. Správajme sa preventívne. Som ochotný presadiť plné preplácanie opravy zubných kazov, ak občania budú chodiť pravidelne na bezplatné preventívne prehliadky. Ak však niekto nebol desať rokov u zubára, tak je mi ľúto.

Neviem si predstaviť, ako to bude vyzerat' v praxi. Dá sa to vôbec zrealizovat'? Nevznikne u lekárov chaos?

Nevznikne. Za manažment pacienta bude zodpovedná zdravotná poisťovňa, ktorá vie o pacientovi úplne všetko. Poisťovňa vidí, či naozaj bol na preventívnej prehliadke, pretože je vyúčtovaná na meno toho pacienta. Je bežné, že pocit chaosu bude sprievodným znakom takýchto reforiem, ale všetko sa veľmi rýchlo utrasie, a musíme urobiť všetko preto, aby nikdy nebol poškodený pacient.

Čo v prípade, ak pacient nebude mať peniaze na ošetrovanie? Nechá ho lekár tak a neošetrí ho?

To sa v nijakom prípade nesmie stať. Za ošetrovanie pacienta zaplatí vždy poisťovňa poskytovateľovi. Pohľadávka voči pacientovi tak vznikne zdravotnej poisťovni, ktorá bude túto sumu od neho postupne vymáhať. Ak pacient momentálne nemá peniaze, tak sa bude musieť s poisťovňou dohodnúť na splátkovom kalendári. Ale neprichádza do úvahy, aby nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť z titulu nesolventnosti.

Medzi ochorenia, pri ktorých si väčšinu zaplatí pacient, patrí napríklad aj neplodnosť, v poslednom

časť dost' rozšírená. Ale tú ťažko človek ovplyvní prevenciou.

Neplodnosť je citlivá vec a myslím, že tam nájdeme kompromisné riešenie. Napríklad nebudeme platiť dva pokusy, ale len jeden. To je skôr otázka pre odbornú verejnosť, o tom budeme ešte diskutovať, to nemôže rozhodnúť iba jeden človek. Stále zabúdame povedať, že sa bavíme o balíku z verejného poistenia. Ale veď je aj individuálne poistenie, a to práve bude zaručovať tieto riziká. Po povodniach si začali ľudia poisťovať svoje domy. Takisto sa musia individuálne poistiť proti riziku úrazu. Takže treba vidieť kontext tej prílohy a netreba len tak izolovane vytrhnúť jednotlivé diagnózy.

Ak niekto nebol desať rokov u zubára, tak je mi ľúto

Čiže zdravotné poisťovne by sa mali začať správať komerčne?

Pri individuálnom poistení určite a chceme to aj v časti verejného poistenia. To zase obsahuje pripravený zákon o zdravotných poisťovniach. Bol by som rád, keby sa hovorilo o šiesti zákonov a nie iba o jednom. Všetkých šesť musí do seba zapadať ako puzzle, inak to nemôže fungovať. Chceme, aby zdravotné poisťovne prevzali zodpovednosť za pacienta. Nemôžu sa správať tak ako doteraz: „pacient, rob si, čo chceš, a funguj si, ako chceš, a my sme tu páni situácie, tomu zaplatíme a tomu nie“.

Koľko by tak stálo mesačne občana individuálne poistenie, aby mal človek predstavu, čo ho čaká?

To je otázka kalkulácie rizika. Inak to bude u starších, inak u mladších, inak u športovcov. Viete, ktoré individuálne poistenie u nás výborne funguje? Poistenie nákladov na liečbu v zahraničí. To je klasické individuálne poistenie. Za dvadsať korún na deň vás poistia povedzme na riziko 150 000 eur, ktoré kryje skutočne vysoké náklady. Závisí to od počtu a od frekvencie, teda čím je viac poistencov, tým výhodnejšie bude poistenie. Občania by si mali dávať pozor, čo si poisťujú, aké riziko. Nikdy však nemôže pristúpiť poisťovňa k individuálnemu poisteniu, keď nemá dobrú definíciu rizika. Čím presnejšiu definíciu rizika sa podarí urobiť, tým ľahšie sa dá uzavrieť individuálne poistenie. Preto musíme pomerne presne urobiť tú prílohu, a preto vítam širokú diskusiu, aby sa tam všetci vyjadrili a povedali hranice „odtiaľ potiaľ“. Kým však nebude aj individuálne poistenie, nedá sa to urobiť.

Predstavme si, že zákon je už v platnosti. Lekár zle určí pacientovi diagnózu, pacient však už zaplatil.

Vráti mu lekár peniaze?

Samozrejme, lekár má zodpovednosť až po svoju licenciu. A na to bude nový úrad pre dohľad na zdravotnú starostlivosť. Ten bude dohliadať na to, či bola poskytnutá kvalitná zdravotná starostlivosť.

Už teraz sa však nájdú lekári, ktorí poplatky zneužívajú a vyberajú peniaze aj od tých, ktorí platiť nemajú. Ako chcete zaručiť, že to nebudú robiť aj potom, pričom pôjde už o vyššie sumy?

Toto je tak trochu otázka už aj na daňové úrady. Vzhľadom na to, že ide o príjem, lekár ho zdaňuje. Podľa mňa daňové úrady už dávno namiesto toho, aby sekirovali drobných živnostníkov a nechali veľké podniky šafáriť, sem-tam mohli prekontrolovať, či lekár, ktorý zobral od pacienta 20 korún, si ich aj zapísal do príjmu. A v tejto veci budem aj hovoriť s ministrom financií. Nás správa daní stojí veľké peniaze, lebo sme mali komplikovaný daňový systém. Teraz sme ho tak zjednodušili, že daňoví pracovníci ani nebudú mať v podstate veľa roboty. Nech sa páči, mám pre nich náplň práce. Nech kontrolujú poskytovateľov. Pacienti sa teraz, keď majú lekári monopol, boja na to poukázať. Keď tam však budú štyria lekári, tak povedia, k tomu ja nejdem, ten odo mňa pýta niečo, čo nemá.

Mnohí sa po zverejnení zoznamu diagnóz a výkonov ohradili, že sa radšej malo zvýšiť poistné namiesto priamej finančnej spoluúčasti pacienta.

To je najjednoduchšie. Zvýšme poistné a od koho budeme pýtať? Od zamestnancov a zamestnávateľov. Otázka by som mohol rozumieť aj tak, že prečo štát nedáva viac. Výborná otázka. Mal by dávať viac. Ale čo štát robí? Sústavne spláca zlé hospodárenie železníc do roku 2002, veď to dobre viete, že železnice urobili 40-miliardový dlh. Štát musí v rámci prístupových rokovaní dávať o sedem miliárd viac na poľnohospodárstvo, ako dával doteraz. Tie peniaze niekde budú chybať. Štát pridal o 20 percent priamo na hlavu svojho poistenca, zo 405 Sk na 483 Sk a ešte okrem toho dal na splátky starých záťaží, čo sa pokupovali drahé prístroje.

Podľa čoho sa robil ten zoznam?

Musí byť viac kritérií. Frekvencia, rizikovosť, kritérium ohrozenia života, kritérium nákladov. Asi nebudeme pýtať ani percento účasti na 800-ti-sícovú liečbu za dialýzu, lebo jedno percento z 800-tisíc je 8-tisíc. A tiež tam musí byť politické kritérium, teda, čo občan ustojí. Aj on za to musí niečo dostať, nemôže len stále platiť. Čo chcem dosiahnuť, je, aby do desiatich minút dostal akútnu starostlivosť sanitkou, šesť zo šiestich akútnych kardiologických výkonov, nijaké kauzy, že nemáme na cytostatiká, že nemáme na dialýzy, nijaké peniaze za inzulín. Na toto potrebujeme peniaze. Oproti tomu postavíme 50 korún za chrípku a ja nemám prečo váhať.

Neprichádza do úvahy, aby nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť z titulu nesolventnosti

Komu pôjdu tie peniaze, ostanú lekárom alebo pôjdu do poisťovne?

Pôjdu do systému. Keď aj dám lekárovi 50 korún za chrípku, tak o 50 Sk mu zase znížim úhradu x. poisťovne. Teraz by sme boli radi, keby tých peňazí bolo viac pre lekárov a nemocnice.

V návrhu zákona sa nehovorí o výške sumy poplatkov za návštevu u lekára a v nemocnici. Bude sa teda zvyšovať?

V tejto chvíli určite nie. Len to chceme vzpružiť. Povinnosť poplatku tam ostane. Ale o jeho výške bude rozhodovať vláda nariadením, a to podľa vývoja inflácie.

Zrušili ste tiež takmer všetky výnimky, ktoré boli oslobodené od poplatkov. Prečo?

Odstránili sme tie výnimky, ktoré skôr predražovali, ako zlacňovali tú situáciu. Urobili sme to preto, že sme ich považovali za nesystémové a myslím si, že je to tak správne. Napríklad pri dieťati je prevencia a očkovanie zadarmo. Ak je chronicky choré, je oslobodené. O tom však rozhodne poisťovňa, nie lekár.