

Stanovisko výboru SSVPL SLS k súčasnej liekovej politike z 13.2.2011

1.Charakteristika situácie.

V ukazovateľoch zdravia, ako je stredná dĺžka života, alebo stredná dĺžka života bez choroby, výrazne zaostávame za krajinami rozvinutej Európy. V diagnostikovaní a liečení chronických ochorení pretrvávajú značné nedostatky. Prieskumy ukazujú veľké rezervy v diagnostike a liečbe cukrovky, arteriálnej hypertenzie, chronického zlyhania srdca, osteoporózy, chronických ochorení dýchacích ciest, porúch výživy u seniorov, v liečbe dekubitov, atď. Naviac je tu problém ageingu – starnutia populácie a to znamená problém narastajúcich počtov polymorbídnych pacientov, ktorí vyžadujú nie obmedzovanie preskripcie ale naopak komplexnú medikamentóznú liečbu. Vyzerá to tak, že máme diagnostikovanú a liečime iba „špičku ľadovca“ skutočných zdravotných problémov.

Ak chceme vláde pomôcť naplniť jej ambiciózne programové vyhlásenie v zdravotníctve, tak všeobecní lekári musia v teréne lepšie diagnostikovať a lepšie liečiť. Dôraz na modernú liečbu postavenú na súčasnej vedeckej medicíne musí viesť k zvyšovaniu nákladov na lieky. Odhaduje sa, že ak by sme chceli liečiť správne všetkých pacientov, preskripcia by mala oproti súčasnému stavu vzrásť až o 100%. To, že potom vo finančnom balíku na zdravotníctvo SR by lieky tvorili až 60% možno považovať v rámci EÚ za anomáliu. Nebude to spôsobené neprimerane vysokou spotrebou liekov. Bude to spôsobené v EU neobvykle nedostatočným financovaním ostatných segmentov zdravotníctva. Tento stav je výsledkom manažovania zdravotníctva bez realizácie základných systémových krokov. Výsledkom je súčasný neospravedlivo neefektívny zdravotnícky systém na Slovensku, ktorý vedie k oprávnenej nespokojnosti verejnosti. **Skutočná príčina klesajúcej úrovne zdravotnej starostlivosti na Slovensku, nie je neschopnosť lekárov, ale pretrvávajúce nedostatky v manažovaní a financovaní systému zdravotnej starostlivosti.** Pretrvávajú ignorácia skutočných problémov, **lekárov zneisťujú časté, nelogické a protichodné zmeny legislatívy.** Dochádza k oslabovaniu kompetencií primárnej ambulantnej starostlivosti, legislatívne zmeny obmedzujú dostupnosť liekov a zdravotníckych pomôcok hlavne pre najviac postihnutých a imobilných pacientov. Nadbytočná legislatívne indukovaná špecializovaná ambulantná starostlivosť ešte viac vyčerpáva disponibilné finančné zdroje. Plnú zodpovednosť za vývoj tejto situácie nesie MZ, vláda a parlament SR.

2. Kde vidíme zdroje nevyhnutné na zvýšený potrebný objem diagnostiky a liečby?

- A. Najdôležitejší krok, je rozdelenie zdravotnej starostlivosti na základný balík a na nadštandard, ktorý sa bude poskytovať z pripoistenia.

Pripoistenie môže priniesť do zdravotníctva viac ako 1 mld € ročne navyše.

Znormalizovalo by to situáciu súkromných zdravotných poisťovní. Ústavný súd síce rozhodol, že súkromné zdravotné poisťovne môžu tvoriť zisk. Teraz ešte čakáme na jeho vysvetlenie ako majú tvoriť ten zisk keď zákony na Slovensku im neumožňujú podnikáť? A ako vysvetľujú „nepoškvrnené počatie“ – tvorbu zisku bez podnikania súkromné zdravotné poisťovne?

Tento problém nutnosti rozdelenia zdravotnej starostlivosti na základnú a nadštandardnú je už tak naliehavý, že každá vláda, ktorá ho nerieši jasne ukazuje na svoju bezradnosť.

- B. Spotrebné dane z tabaku a alkoholu sa odvádzajú anonymne do štátneho rozpočtu. Dane za škodliviny, ktoré vyrábajú chronické ochorenia, logicky majú byť určené v celej výške na prevenciu, včasnú diagnostiku a liečbu týchto ochorení. Demokratický štát nemôže profitovať z kupčenia s poškodzovaním zdravia svojich občanov. Tu sa nachádza ďalšia cca 1 mld € ročne do zdravotníctva navyše a umožnila by sa aj účinná regulácia závislostí.

- C. Podľa štatistík OECD (2007) navštívi občan na Slovensku lekára 8 -12x, vo Švédsku a Švajčiarsku 0 - 4x a v ostatných rozvinutých krajinách EÚ 4 - 8x. Napriek tomu je stredná dĺžka života v SR kratšia v priemere o 7 rokov. Odstránenie nadbytočných návštev by mohlo výrazne zefektívniť a zlepšiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Vyžadovalo by si to zvýšenie kompetencií všeobecných lekárov, odstránenie prekážajúcich preskripčných obmedzení, pri liečbe najčastejších chronických ochorení. Toto dnes vedie k návštevám špecialistov nie z medicínskych ale z administratívno - technických dôvodov. Z finančného hľadiska, ak cena základného vyšetrenia u špecialistu je cca 10€ tak 4 - 6 návštev na obyvateľa ročne predstavuje objem cca 220 - 330 mil € ušetrených iba za tieto nadbytočné vyšetrenia. Táto úspora by sa ale nemala prejavovať v priamom finančnom zisku, malo by dôjsť k reštrukturalizácii tejto sumy vo vnútri segmentu špecialistov. Navýšením ceny ich práce by sa malo dosiahnuť zlepšenie výsledkov špecializovanej starostlivosti - lepšia starostlivosť o komplikovaných pacientov. Konfliktne kroky súčasnej vlády, ktorá núti špecialistov vykonávať prácu prvokontaktných lekárov, pričom prácu prvokontaktných všeobecných lekárov naďalej zákonmi blokuje, chápeme ako potvrdenie jej úplnej bezradnosti.
- D. Kroky, ktoré pripravuje MZ dotýkajúce sa generickej preskripcie, nemôžu priniesť do systému žiadne financie navyše preto, lebo aj dnes sa zo zdrojov verejného zdravotného poistenia uhrádza rovnaká čiastka z ceny konkrétneho originálu a všetkých jeho generík. Za rovnaké množstvo účinnej látky sa platí rovnako. Lekárnik aj dnes v rámci zákona o generickej substitúcii má možnosť poskytnúť pacientovi variantu s nižším doplatkom pacienta. Má možnosť šetriť vrecko pacienta, nie fondy zdravotných poisťovní. Ale nerobí tak ani dnes asi preto, lebo marža lekárne sa počíta z celkovej ceny lieku a nie iba z ceny, ktorú uhrádza poisťovňa a tak je lekárnik finančne motivovaný vydávať pacientovi liek s čo najvyšším doplatkom. Tým, že MZ oslabí postavenie lekára a jeho výsostnú úlohu poskytnúť pacientovi konkrétny liek presunie na lekárnika, poškodí vzťah lekár- pacient. Bude to viesť k dezorientácii pacienta v systéme, poklesu „compliance“. Tým, že pacientov zdravotný stav bude riešiť lekárnik, ktorý nemá príslušné vzdelanie, bude ohrozená bezpečnosť pacienta. Keďže nevidíme, žiadnu možnosť úspory finančných zdrojov navrhovanými krokmi, vzbudzuje to podozrenie, že MZ sleduje svojimi opatreniami v liekovej politike iný cieľ než ten, ktorý deklaruje. Je závažné, ak MZ postupuje proti argumentácii odbornej verejnosti.
- E. Obviňovanie lekárov z prepojenia na farmaceutické firmy pôsobí v dnešnej situácii zvlášť bezradne. Zdravotníci sú dlhodobo nedofinancovaní a štát ich zbavuje aj posledných výhod, ktoré boli zamerané na podporu ich vzdelávania, z ktorého má prospech celá spoločnosť. Ruší sa možnosť odpočtu výdavkov na vzdelávanie z daňového základu. Je realitou, že komplet celé zo zákona povinné vzdelávanie CME je dnes umožnené iba vďaka sponzorstvu farmaceutických firiem. Za tieto nemalé finančné čiastky patrí farmaceutickým firmám veľká vďaka. Podstatne sa podieľajú na zvyšujúcej sa úrovni slovenských lekárov. Prečo musia suplovať vládu pri financovaní zdravotníckeho vzdelávania farmaceutické firmy? Legislatívne úsilie MZ SR o presmerovanie voľných finančných zdrojov farmaceutických firiem do niektorých lekární vyvoláva skutočné otázky.
- Pacienti chcú byť včas diagnostikovaní a chcú dostávať čo najlepšie lieky pretože chcú dlho a kvalitne žiť. Lekári chcú pacientov včas diagnostikovať a čo najlepšie liečiť. Farmaceutické firmy chcú predávať čo najviac liekov a mať čo najvyššie zisky.

V tejto situácii sú pacienti, lekári a farmaceutické firmy prirodzení spojenci.