



Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti – SSVPL SLS www.vpl.sk

Stanovisko výboru SSVPL SLS k súčasnej liekovej politike.

1. Charakteristika situácie.

V súčasnosti na Slovensku nie je dobrá situácia v zdravotnej starostlivosti o obyvateľstvo. 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. Napríklad pri cukrovke. Je dispenzarizovaných cca 300 000 diabetikov. Z tohto počtu je liečená cca 1/3 iba diétou, čo nespĺňa ani bazálne požiadavky modernej medicíny pre liečbu tohto ochorenia. Predpokladá sa, že v teréne sa nachádza ďalších 200tisíc až 300 tisíc nediagnostikovaných diabetikov 2 typu. Prieskumy ukazujú aké veľké rezervy máme v liečbe 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.

Výbor SSVPL SLS je toho názoru, že 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 bude musieť viesť k zvyšovaniu nákladov na lieky. Odhaduje sa, že ak by sme chceli liečiť správne všetkých pacientov, ktorí to potrebujú, preskripcia liekov by mala byť oproti súčasnému stavu ešte vyššia. Predpoklad je, že táto by mala vzrásť až o 100%, ak by sme chceli saturovať oprávnené nároky na správnu liečbu. 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 na európske pomery 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. Súčasný stav znižuje možnosť dosiahnuť optimálnu úroveň zdravotného stavu obyvateľstva a 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 poskytovania zdravotnej starostlivosti, 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 pri starostlivosti o chronické ochorenia, teda na udržanie a zlepšenie kvality a dostupnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti?

A. Najdôležitejší krok, ktorý je potrebné realizovať 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. Je však otázne nakoľko sa získané zdroje presunú na poskytovanie potrebnej zdravotnej starostlivosti alebo či nebudú iba zvyšovať ziskovosť zdravotných poisťovní.

Ústavný súd síce rozhodol, že súkromné zdravotné poisťovne môžu tvoriť zisk. Teraz ešte čakáme na jeho vysvetlenie ako majú tvoriť zisk keď zákony na Slovensku im neumožňujú podnikáť. Znormalizuje sa situácia súkromných zdravotných poisťovní? **Ako vysvetľujú „nepoškrvené počatie“ – tvorbu zisku bez podnikania súkromné zdravotné poisťovne?**

Problém nutnosti rozdelenia zdravotnej starostlivosti na základnú a nadštandardnú je už taký 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, kde sa z nich financujú napríklad aj dôchodky policajtov a vojakov, ktorí odchádzajú predčasne na „zaslúžený odpočinok“, niektorí už v 35 rokoch. Táto „zásluhová“ dôchodková politika ostro kontrastuje s likvidačnou dôchodkovou politikou voči nám, súkromným lekárom. Z medicínskeho hľadiska môžeme ubezpečiť, že títo, vo svojej vekovej kategórii, nadpriemerne zdraví mladí ľudia majú plnú pracovnú kapacitu a my lekári nerozumieme ich odchodu do predčasného dôchodku.

Dane za škodliviny, ktoré vyrábajú chronické ochorenia, logicky majú byť určené v celej výške na prevenciu, včasnú diagnostiku a liečbu týchto ochorení. Nemôžu sa využívať na prehlbovanie sociálnych nerovností medzi občanmi a demokratický štát nemôže finančne profitovať z kupčenia s poškodzovaním zdravia svojich občanov.

Tento krok by znamenal už druhý cca 1 mld € ročne do zdravotníctva navyše a umožnil by aj účinnú reguláciu závislostí.

C. Podľa štatistík OECD (2007) www.vpl.sk/sk/ekonomika/ navštívi občan na Slovensku lekára 8 -12x, podľa údajov z roku 2007, vo Švédsku a Švajčiarsku 0 - 4x a v ostatných rozvinutých krajinách EÚ 4 - 8x. Na Slovensku je stredná dĺžka života kratšia v priemere o 7 rokov napriek tomu, že občania absolvujú ročne v priemere o 4 - 6 návštev u lekára viac. Odstránenie týchto 4 - 6 nadbytočných návštev ročne by mohlo výrazne zefektívniť a zlepšiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Vyžadovalo by si to ale zvýšenie kompetencií všeobecných lekárov, odstránenie prekážajúcich preskripčných obmedzení pri liečbe najčastejších chronických ochorení. Toto dnes vedie k nutnosti návštevy 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 $(4-6) \times 5\,500\,000 \times 10\text{€} = 220 - 330 \text{ mil €}$ ušetrených iba za tieto nadbytočné vyšetrenia (bez započítania ceny sprievodných nimi indukovaných nadbytočných, často duplikujúcich vyšetrení a postupov). 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.**

Konfliktné kroky súčasnej vlády, ktorá núti špecialistov vykonávať prácu prvokontaktoých lekárov, pričom prácu prvokontaktoých všeobecných lekárov naďalej zákonmi blokuje, chápeme ako potvrdenie jej úplnej bezradnosti a sme pripravení ponúknuť jej aj manažérsku pomoc.

D. Súčasné 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. Lekárnik aj dnes v rámci zákona o generickej substitúcii má možnosť poskytnúť pacientovi variantu s nižším doplatkom pacienta. Má možnosť šetriť vrecko pacienta ale 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. Lekárnik je finančne motivovaný dávať 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 spolupráce pacienta – s lekárom (compliance). Tým, že pacientov zdravotný stav bude riešiť lekárnik, ktorý nemá príslušné vzdelanie, bude ohrozená bezpečnosť pacienta v našom zdravotnom systéme. **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 smutné, že sa pripravujú takéto kroky napriek tomu, že to povedie k ohrozeniu bezpečnosti pacientov pri liečbe. Je závažné, že ministerstvo zdravotníctva postupuje v týchto nedomyslených krokoch 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 v päťročných cykloch 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 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.

Stanovisko prijal výbor SSVPL SLS elektronickým hlasovaním 13.02.2011