

(Rozhovor sa uskutočnil 19.8.2014, bol publikovaný 28.8.2014 v týždenníku Plus 7 dní s názvom Nečakajte, hýbte sa!)

Eva Mihočková, Plus 7 dní:

Na Slovensku stále čaká na operáciu približne 7-tisíc pacientov, niektorí aj viac ako rok. Je chyba na strane poisťovní alebo nemocníc?

Dušan Zachar, INEKO:

Nemocnice hovoria, že poisťovne im málo platia. Poisťovne zasa trvajú na tom, že problém je na strane nemocníc, ktorým chýbajú kapacity. Za posledný rok sa však čakacie zoznamy i doby skrátili. Zrejme to súvisí aj s tým, že poisťovne zvýšili platby za operácie, na ktoré sú tvorené čakacie zoznamy.

Takže chyba bola a je v nízkych platbách od poisťovní, ktoré nechcú platiť nadlimitné operácie?

Nedá sa to takto povedať. Niektoré poisťovne v niektorých nemocniciach nemajú žiadne čakacie zoznamy a inde sú to stovky ľudí. Problém vzniká vtedy, keď veľa poistencov v jednom meste sa chce nechať operovať v jednej konkrétnej nemocnici. Tá taký nápor nemôže zvládnuť, ale pacienti budú radšej čakať niekoľko mesiacov, ako by išli k inému lekárovi do vzdialenejšieho mesta.

Takže problémom často býva aj slabá mobilita pacientov?

Áno. Keby sa všetci čakatelia rovnomerne rozdeľili do všetkých zariadení po Slovensku, tak by sa výrazne znížila doba čakania. Ale keďže ide o plánované a nie akútne stavy, ľudia si väčšinou radšej počkajú, akoby mali ísť k neznámemu lekárovi. Problém je však inde. Čakacie zoznamy sa vytvárajú momentálne iba pri vybraných troch skupinách diagnóz, pred rokom to bolo ešte pre šesť skupín, čo tvorí asi len desať percent všetkých plánovaných operácií. Ale reálne sa v slovenskom zdravotníctve čaká aj na iné špecializované vyšetrenia a tam už nemáme prehľad, koľko pacientov a ako dlho musí čakať.

Tu už narážame na problémy kapacity nemocníc?

Problémom sú kapacity aj peniaze, ktoré môžu niektorým nemocniciam chýbať.

Ako to má vnímať bežný človek, ktorý si platí zdravotné poistenie a vidí, že zisky poisťovní stále rastú, ale nemocnice nemajú peniaze?

Zisk súkromných poisťovní nie je na vine. Problémom je obrovská neefektívnosť nemocníc a chybná motivácia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Najhoršie hospodárenie s výrazným plytvaním vykazujú najmä veľké štátne nemocnice.

Nemôže to byť tak, že okrem plytvania na strane nemocníc je zisk súkromných poisťovní len ďalšou dierou v systéme?

Súkromné poisťovne sú štandardné podnikateľské subjekty, ktoré nebudú svoju činnosť vykonávať bez zisku. Svojim poistencom poskytujú nejaké hodnoty a služby, za čo chcú mať adekvátny zisk. Môžeme sa baviť o tom, či je miera ich zisku primeraná alebo nie. Momentálne si ho nemôžu vyplatiť, ak nevytvoria dostatočné rezervy na ľudí na čakacích zoznamoch. Je legitímne debatovať o optimálnej regulácii zisku poisťovní, aj s možnosťou rozširovania čakacích zoznamov o ďalšie diagnózy, kde čakacie lehoty dnes nikto nesleduje.

Smeruje štátna politika týmto smerom?

Zatiaľ je to len vo verbálnej rovine.

Práve táto vláda kritizuje zisk zdravotných poisťovní s tým, že nepriniesli pacientom významnú protihodnotu. Priniesli ju?

Ja by som chcel vedieť, z čoho vláda pri týchto tvrdeniach vychádza. Nemáme žiadne robustné merania a tvrdé dáta, ktoré by mohli povedať, akú protihodnotu poisťovne do systému priniesli alebo nepriniesli. Na druhej strane vidíme dlhodobý odliv poistencov zo štátnej Všeobecnej zdravotnej poisťovne a ich prílev do súkromných poisťovní. Ľudia zrejme cítia, kto im dáva viac.

Najviac poistencov má stále štátna poisťovňa, takže nemôžete tvrdiť, že si väčšina poistencov vybrala súkromnú konkurenciu.

To spôsobuje viacero faktorov. Veľa ľudí zneistili zábery vlády zrušiť pluralitný systém a zaviesť len jednu poisťovňu. Poisťovňa Union zasa bola vydieraná štátnymi nemocnicami, ktoré s ňou nechceli podpísať zmluvy. Nepochybne sa tiež

mnohým ľuďom jednoducho nechce riešiť byrokraciu spojenú s prestupom, pretože nevidia až taký rozdiel medzi štátnou a súkromnou poisťovňou.

Ved' o tom hovoríme. Priniesli poisťovne pacientom významnú pozitívnu zmenu za tú pol miliardu eur, čo si už vyplatili na zisku?

Problém je v tom, že štát im ani veľmi neumožňuje poskytovať významné výhody, pretože stále odmieta legislatívne definovať, čo je základný balík zdravotnej starostlivosti, ktorý sa má platiť z poistenia, a čo je už nadštandard. Poisťovne tak majú nedostatočný priestor, aby medzi sebou súperili.

Ako by to malo vyzerat' v praxi?

Poisťovne by mali mať možnosť súťažiť aj vo výške poistného, ktoré vymerajú svojim poistencom. To by bolo možné, ak by určitá časť súčasných odvodov bola variabilná. Takže vo výsledku ak by niekto chcel vyšší štandard zdravotnej starostlivosti, mohol by si platiť viac. Ak by niekomu stačil len úplný základ, tak by mohol platiť menej. Ale opäť je to celé podmienené tým, aby štát konečne definoval, na čo má pacient nárok a čo už je nadštandard.

Prečo sa tomu vláda bráni?

Lebo je to politicky citlivé a nepopulárne. Len si spomeňte, čo tu vyvolali Zajacove dvadsaťkorunáčky v ambulanciách a nemocniciach. Ale je to aj ponaučenie, aby sa pri zavedení spoluúčasti pacientov pamätalo aj na ochranu chudobných.

Takže po novom by sa obmedzil počet zákrokov, ktoré dnes majú ľudia kryté z poistenia?

Náročná liečba ťažkých pacientov, napríklad onkologických alebo kardiovaskulárnych, by určite musela byť stále plne hrazená pre všetkých. Sú však ľahšie diagnózy, trebárs zlomenina nohy, kde by si človek mohol doplácať nejaké to percento z nákladov na liečbu. Zároveň by sa stanovila maximálna suma spoluúčasti, ktorú pacient môže zaplatiť ročne.

Čo dobré by takáto spoluúčasť pacientov priniesla?

Ak si pacienti priplatia, do systému pribudne viac peňazí, čo by mohlo zvýšiť kvalitu a možnosti. Zároveň by sa stratil pocit, že zdravotníctvo je zadarmo, čo dnes často vedie aj k zbytočným návštevám lekára a laxnému prístupu k vlastnému zdraviu.

Nedosiahli by sme oveľa viac peňazí v systéme, keby si poisťovne nevyplácali zisky?

Nie, pretože by zostala iba jedna monopolná štátna poisťovňa a nikde nie je dokázané, že by ten balík peňazí dokázala premeniť do lepšej starostlivosti o ľudí.

Ale pred chvíľou ste hovorili, že momentálne nevieme odmerať ani pridanú hodnotu súkromných poisťovní.

Keďže takmer vôbec nemerame a nezverejňujeme kvalitu a efektívnosť poskytovaných služieb v celom zdravotníctve, tak skutočne nevieme presnejšie povedať, ktorá poisťovňa sa ako stará o svojich poistencov.

Takže by sa to dalo uzavrieť tak, že teoreticky by viac poisťovní so ziskom mal byť lepší systém, ale nie v súčasných podmienkach na Slovensku a bez merania kvality?

Hovoríme o ideálnych podmienkach, ktoré tu nie sú. Ale aj v tých aktuálnych sa domnievam, že pluralitný systém poisťovní je výhodnejší pre pacientov aj celý systém, pretože tak vzniká konkurencia. Vidíme to napríklad na skrátení čakacích zoznamov. Všeobecná zdravotná poisťovňa pod tlakom zvýšila platby za operácie, ktoré sa sledujú v rámci týchto zoznamov, čím sa znížila doba čakania.

Samozrejme, opäť sa dostávame k tomu, že nevieme povedať, či tie peniaze niekde inde nechýbajú, pretože nemerame kvalitu výsledkov. Nemáme ako zistiť, či teraz napríklad nie sú poddimenzované oddelenia dlhodobo chorých a podobne.

Ak to nevieme povedať objektívne na základe tvrdých dát, máte aspoň subjektívne pocit, že odkedy máme viac poisťovní, tak sa úroveň zdravotníctva významne zlepšila?

Určite nemáme ideálny stav a poisťovne by sa mali viac starať o svojich pacientov. Tí by mali cítiť, že keď idú do nemocnice, tak za ním stojí jeho poisťovňa ako silná opora. Ak sa niečo stane, tak sa na ňu okamžite môže obrátiť s prosbou o pomoc.

Môže s ňou konzultovať, či je navrhnutá zdravotná starostlivosť ideálna, či sa nedá urobiť rýchlejšie, či je lekár a zariadenie kvalitné. To všetko by mala poisťovňa poskytovať.

Prečo to poisťovne nerobia?

Sú v určitom konflikte záujmov. Nechcú si pohnevať zdravotnícke zariadenia, s ktorými vyjednávajú o podmienkach a cenách. Je tu tiež obrovský vplyv štátu, takže je vhodné mať dobré vzťahy so štátnymi nemocnicami.

Využívajú ľudia možnosť skrátiť si čakaciu dobu na zákrok a nechať sa operovať v zahraničí? Poisťovňa im následne preplatí cenu do výšky nákladov na Slovensku.

Veľmi nie, aj keď tá možnosť tu je. V zahraničí sú väčšinou tie doplatky také vysoké, že si to málokto môže dovoliť. Skôr sa uvažuje, že by sa na čakacích zoznamoch viedli iba tí pacienti, ktorí čakajú nedobrovoľne, z dôvodu nedostatočných kapacít. Vylúčili by sa tak tí, ktorí trvajú na jednom konkrétnom vyťaženom zariadení a odmietajú ísť na zákrok inam.

Celkovým riešením by určite bola lepšia prevencia, aby boli ľudia menej chorí. Podporuje náš systém prevenciu dostatočne?

Bohužiaľ, nie. Treba si pritom uvedomiť, že zdravotníctvo ovplyvňuje zdravie človeka len na úrovni 10 – 20 percent. Najdôležitejší je zdravý životný štýl, teda strava, pohyb, eliminácia stresu, ďalej životné prostredie a genetika.

Keďže zdravotný stav Slovákov patrí medzi najhoršie v OECD, prečo štát a zdravotné poisťovne neinvestujú viac do podpory zdravého životného štýlu?

Máte pravdu, podľa medzinárodného porovnania sme úplne na chvoste celej Európy. Slovenskí muži a ženy žijú v dobrom zdraví o 19 rokov menej ako Švédi. Neviem, prečo štát viac neinvestuje do prevencie. Určite by viac mohli robiť aj poisťovne, najmä ak by mohli súťažiť vo výške poistného.

Takže by to mohlo vyzerat' podobne ako v povinnom zmluvnom poistení na auto, kde zodpovedný vodič má lacnejšiu poistku?

Určite áno, bolo by to vhodné. Ak niekto chodí na pravidelné preventívne prehliadky, tak by mohol mať nejaké benefity.

To môže chodiť aj 150 kilogramový fajčiar, ktorý o zdravom životnom štýle nechce ani počuť.

Tu potom nastupuje jeho praktický lekár, ktorý by mal byť poisťovňou motivovaný, aby mal čo najlepšie výsledky. Potom by sa toho 150 kilogramového fajčiara snažil prinútiť, aby schudol a odhodil cigarety. Dnes lekár takúto motiváciu nemá. Pre neho je výhodné, keď má veľa pacientov, ale v akom sú stave, to už je skoro jedno. Prednedávnom začali poisťovne priplácať lekárom za preventívne výkony, ale je to len v plienkach.

Lekárske rady nemusia mať taký potenciál, aby človek zmenil životosprávu. Ale čo keby štát daňovo zvýhodňoval zdravé potraviny a znevýhodňoval nezdravé?

To sa už skúšalo v Dánsku a napokon to zrušili, neujalo sa to. Ale poisťovňa by určite mala mať kompletný plán starostlivosti o každého pacienta. Mala by ho sprevádzať od kolísky až po hrob, mala by vedieť o jeho slabých stránkach a snažiť sa ho manažovať k čo najlepším výsledkom.

Ako motivovať obézneho fajčiara, aby začal so sebou včas niečo robiť a neskončil raz ako kardiovaskulárny pacient, ktorého liečba bude oveľa drahšia, ako by bola prevencia?

Je to ťažké, ale začať treba informovaním. A možno aj rozmýšľaním nad podobným modelom, aký funguje u zubných lekárov. Kto by neprišiel na preventívnu prehliadku, tak by si časť následného ošetrenia zaplatil sám.

Ale preventívna prehliadka väčšinou zachytí až moment, keď už je človek chorý a na prevenciu je už neskoro.

Tak to už je úloha osvedy v školách, médiách, pričom podporovať by ju mal aj štát. Ako som hovoril, zdravotníctvo samotné má vplyv na zdravie človeka tak 10 až 20

percent. Pre mnohých je však asi najlepšou motiváciou vlastná peňaženka. Darmo bude každý hovoriť, že fajčenie je škodlivé, nemusí to mať efekt. Možno keby sa nezodpovedné správanie premietalo do drahšieho zdravotného poistenia, tak by si to mnohí rozmysleli. To isté by platilo, keby existovala finančná spoluúčasť takéhoto pacienta na zákrokoch. Z začať však treba s pozitívnou motiváciou.

Ako je možné, že v USA sú poistky veľmi drahé, u lekára platíte skoro za všetko a napriek tomu majú najviac obéznych ľudí na svete?

Obézni Američania sú väčšinou chudobní, ktorí aj tak žiadne poistky nemajú, takže im to je jedno. Navyše je tam určitý systém základného ošetrovania, ktoré hradí štát a chudobní sa naň spoliehajú.

Slovensko má najchorľavejších dôchodcov v OECD. V skupine nad 65 rokov trpí zdravotnými obmedzeniami takmer 80% z nich, pričom priemer OECD je len 42%. Ako je to možné?

Je to dané nielen zlým životným štýlom, ale aj historicky. Slovenská kuchyňa je založená na masných jedlách, mäse, zemiakoch. Jeme málo zeleniny, ovocia, rýb. V minulosti ľudia aspoň mali adekvátny energetický výdaj, lebo fyzicky pracovali, ale od polovice minulého storočia máme čoraz viac sedavé zamestnania a minimum pohybu. Stravovacie návyky sa tomu neprispôbili a za bývalého režimu to bolo aj veľmi ťažké, lebo výber v obchodoch bol minimálny.

Dá sa určiť, do akej miery táto chorľavosť predražuje našu zdravotnú starostlivosť?

Ťažko povedať, lebo sa opäť dostávame k neexistujúcemu podrobnému meraniu kvality a efektívnosti v zdravotníctve. Štát by však mal mať takúto ambíciu, alebo by sa aspoň nemal brániť zverejňovať všetky údaje, ktoré zbiera. Nám ale napríklad Všeobecná zdravotná poisťovňa odmieta poskytnúť priemerné čakacie doby pacientov či dĺžku hospitalizácie v jednotlivých zariadeniach, Národné centrum zdravotníckych informácií zasa okrem iného základné dáta o počte lôžok a operácií, hoci to sledujú. Potom sa niet čo čudovať, že nedokážeme zhodnotiť, aká je a koľko nás stojí liečba geriatrických pacientov. Je pritom veľmi dôležité

pracovať s týmito dátami, aby štát vedel určiť celkové zameranie zdravotnej politiky a verejnosť to mohla zároveň krížovo odkontrolovať.

Napokon, nielen zdravotnej, ale aj iných súvisiach politik, napríklad sociálnej a vzdelávacej, nie?

Určite. Vedeli by sme potom povedať, či by sme ušetrili, keby sme investovali toľko a toľko do nejakej konkrétnej prevencie alebo iných cielených opatrení. My sme zistili, že v celkových štatistikách zdravia obyvateľstva by nám najviac pomohlo, keby sme dokázali zlepšiť zdravotný stav Rómov v osadách. Tam investované jedno euro prinesie celkovo najväčší ošoh. Na začiatok by stačilo ich aspoň naučiť základným hygienickým návykom a zabezpečiť im pravidelné lekárske návštevy.

Ako sa dá pri takomto zlom zdravotnom stave starších ľudí predlžovať vek odchodu do dôchodku? Sú vôbec schopní pracovať po 65-ke?

Posúvanie dôchodkového veku bude naviazané na vývoj strednej dĺžky života. Máte pravdu, v tejto súvislosti je opodstatnené sledovať aj parameter počtu rokov prežitých v dobrom zdraví, ktorý je na Slovensku veľmi zlý. Vláda sa snaží v tomto smere niečo robiť, ale keďže jej chýbajú presné dáta, ťažko môže vypracovať cielenú a efektívnu politiku.

Aj toto je politicky citlivé?

Isteže, pretože by sa mohlo ukázať, že kráľ je nahý. Že niektoré nemocnice poskytujú veľmi zlú starostlivosť, že mnohé by mali byť zrušené, že štátne zariadenia nesmierne plytvajú peniazmi a mohli by podávať oveľa lepšie výkony. Mnohým ľuďom v systéme to však vyhovuje, pretože sú to kalné vody, v ktorých sa dobre pláva a majú viac peňazí za menej práce. Politikom tiež vyhovuje šedá zóna, pretože aj keď niekto niečo tuší, ale nikto nič naisto nevie, tak sa im ľahko odbíja každá kritika. Môžu potom energiu investovať do rôznych veľkolepých projektov, ktoré síce neriešia najväčšie problémy zdravotníctva, ale slúžia im pred verejnosťou ako dôkaz, že niečo robia a zároveň nimi uspokojujú záujmy mocných.