

Ryby namiesto udice

Slovenské zdravotníctvo môže získať z Plánu obnovy vyše 1,5 miliardy eur. Plánuje nové budovy, centrá, prístroje, sanitky, dotované nové ambulancie. Či však z toho bude benefitovať pacient kvalitnejšou zdravotnou starostlivosťou a zdravotníctvo lepšími výsledkami nie je jasné.

Dušan Zachar, analytik INEKO

Počas nasledujúcich pár rokov dostane Slovensko možnosť čerpať obrovský objem peňazí zo spoločných verejných zdrojov Európskej únie. Sektor zdravotníctva bude jedným z najväčších prijímateľov. Hoci sa o tom teraz tak často nehovorí, lebo je to nepopulárne, je jasné, že tieto peniaze budú musieť byť raz vrátené vo forme nových a vyšších daní, ciel a rôznych povinných poplatkov, preto by malo byť v eminentnom záujme každého štátu, aby boli použité čo najlepšie – s najvyššou hodnotou pre spoločnosť. Vieme povedať, akú hodnotu, aký prínos má zabezpečiť vyše 1,5 miliardy eur vyčlenených pre oblasť zdravia v slovenskom Pláne obnovy a odolnosti pre pacienta? Nie, lebo to neplánujeme merať.

Začnime metaforicky. Pri poskytovaní pomoci sa často hovorí, že namiesto darovania rýb je lepšie ľuďom rozdať udice a naučiť ich ryby chytať. Slovenský Plán obnovy v zdravotníctve obsahuje v sebe oba princípy, avšak výrazne prevláda princíp darovania rýb. Sanuje sa tým rokmi neriešený obrovský infraštruktúrny investičný dlh. Viaceré konkrétne oblasti zdravotníctva, kde nás tlačí topánka, sú v Pláne obnovy identifikované, avšak tie najpodstatnejšie problémy a ich riešenia chýbajú. Absentujú riešenia problémov s definovaním udržateľného nároku pacienta a rozsahu zdravotných služieb hrađených z verejných zdrojov, so zdravými motiváciami aktérov v zdravotníctve, dlhodobou udržateľným financovaním a s meraním a vyhodnocovaním kvality a efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Ak je človek v núdzi, na začiatok mu istotne pomôžu aj darované ryby, aby neumrel hladom. Naš Plán obnovy navrhuje kúpiť si ryby. Vieme presne, koľko rýb si chceme zadovážiť. Prvý vážny hroziaci problém je, že štátny nákupca na základe diskriminačných pravidiel vytýpuje konkrétnych, napríklad štátnych dodávateľov, ktorí majú ryby distribuovať ľuďom. Môže tak vytláčať z trhu neštátnych dodávateľov, ktorí na ňom pôsobia (tzv. *Crowding-out Effect*). V podmienkach zdravotníctva tak môžu byť z trhu umelo vytláčané, resp. znevýhodňované nemocnice, ktoré nebudú môcť byť z aktuálnych európskych prostriedkov rekonštruované a modernizované, ďalej nedotované súkromné ambulancie všeobecných lekárov, súkromné záchranky či existujúci poskytovatelia dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti. Hrozí neefektívnosť.

Druhým obrovským problémom je nevedomosť a zamieňanie si nástroja s cieľom. Keďže nemeríme efekt kúpy rýb pre konečných adresátov – či sa ryby vôbec dostanú k ľuďom, ku koľkým, či budú medzi prijímateľmi tí najnúdznejší, koľkí z nich neumrú hladom a budú zdravotne prosperovať, nebudeme ani vedieť posúdiť, či tento nákup týchto rýb a distribúcia týmto spôsobom bol ten najvýhodnejší variant.

Pri posudzovaní jednotlivých opatrení v zdravotníctve potrebujeme merať prínos pre PACIENTA, pre spoločnosť. To v Pláne obnovy nedefinujeme, ale zato určujeme, koľko rýb celkovo nakúpime a koľkí distribútori ich dostanú. A tu v Pláne obnovy končíme. Končíme pri nástroji, ktorý by mal slúžiť „len“ na napĺňanie skutočných cieľov rozmenených na merateľné, a tým pádom kontrolovateľné ukazovatele kvality a efektívnosti so spoločným menovateľom

dosiahnutia dlhšieho života ľudí v dobrom zdraví. Tie ale bohužiaľ chýbajú a ani Európskej komisii (EK) to evidentne neprekáža. Neprekvapuje to však príliš, keďže aj architektúra a následné reportovanie a kontrola mnohých eurofondových projektov sa sústreďuje viac na počty vytlačených strán publikácií, na počty distribuovaných výtlačkov, počty zúčastnených osôb na vzdelávacej aktivite, počty uskutočnených konferencií a menej na skutočný prínos pre spoločnosť, komunitu z uskutočnených aktivít. Treba priznať, že zamyslieť sa nad kvalitným meraním skutočného prínosu vynaloženého eura z verejných zdrojov pre ľudí vyžaduje viac intelektuálneho úsilia a zároveň pre politikov, našich aj európskych, predstavuje oveľa väčšie riziko nesplnenia cieľov, preto sa často presadzuje jednoduchšie realizovateľný, formalistický prístup. A aj z tohto dôvodu potom vznikajú rôzne neefektívnosti pri využívaní európskych zdrojov.

Keď autor článku koncom leta minulého roka ako externý expert pripomienkoval Plán obnovy a odolnosti v oblasti zdravotníctva, presadzoval, neskôr sa ukázalo, že neúspešne, práve myšlienku, aby sa v ňom posilnilo, resp. zaviedlo meranie, vyhodnocovanie a zverejňovanie rôznych parametrov a ukazovateľov kvality a efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti pacientom na Slovensku, ale napríklad aj efektov prevencie, aby sme v budúcnosti vedeli kvalifikovanejšie posudzovať úspešnosť jednotlivých opatrení a politik, či skutočne viedli k naplneniu deklarovaného cieľa, a zároveň aby sme vedeli lepšie rozhodovať o alokácii obmedzených zdrojov, ktoré by mali prinášať čo najvyššiu hodnotu pre pacienta.

V slovenskom Pláne obnovy v oblasti zdravotníctva sa nástroje bohužiaľ často vydávajú za ciele a obrovské rezervy sú pri stanovení si, ako chceme merať úspech či neúspech navrhovaných opatrení, a aký efekt majú priniesť pre pacienta. Nie je to v súlade s myšlienkou hodnoty za peniaze.

V textovej časti materiálu nájdeme napríklad tézu, že *„investíciami do moderných budov a technického vybavenia sa zefektívnia klinické a prevádzkové procesy, dosiahne sa lepší komfort pre pacientov a personál a zníži sa riziko nozokomiálnych nákaz“*. V poriadku, ale prečo potom chceme merať tento cieľ počtom nových či zrekonštruovaných lôžok, počtom nakúpených nových prístrojov, preinvestovanými miliónmi eur stavebných nákladov, a nie ukazovateľmi, ktoré budú skutočne ukazovať, či sa zlepšila kvalita a efektívnosť klinických a prevádzkových procesov poskytovateľov, spokojnosťou pacientov a zdravotníckeho personálu alebo nepokrytou štatistikou a trendom výskytu tzv. nozokomiálnych (nemocničných) nákaz či dekubitov (preležanín) v našich ústavných zdravotníckych zariadeniach?

Hlavným cieľom reforiem a investícií v nemocničnom segmente je podľa úvodného textu Plánu obnovy zabezpečiť *„kvalitnú, dostupnú a efektívnu ústavnú zdravotnú starostlivosť“*. Fajn. Vraj sa zníži *„počet úmrtí, opakovaných hospitalizácií a operácií a komplikácií spôsobených nevhodne poskytnutou starostlivosťou“*. Super. Ale prečo potom nie sú tieto hlavné ciele a ukazovatele v Pláne obnovy kvantifikované, záväzné a nemeria sa nimi úspešnosť implementovaných reforiem a realizovaných investícií? Nikde nenájdeme, že sa má sledovať a vyhodnocovať miera úmrtnosti pri jednotlivých výkonoch, podiel reoperácií, rehospitalizácií, nežiaducich udalostí v nemocniciach a pod. Škoda.

V Pláne obnovy si výsadné miesto našla aj rokmi zanedbávaná starostlivosť o duševné zdravie. Možno mal tento segment, na rozdiel od iných skupín diagnóz, ktoré najviac ovplyvňujú slovenskú veľmi zlú štatistiku odvrátiteľných úmrtí, aj šťastie v tom, že sa ním pár úradníkov na ministerstve financií detailnejšie zaoberalo a dostal sa aj do odporúčaní EK. O.k., síce pravdepodobne splníme v Pláne navrhované míľniky a vytvoríme nadrezortný koordinálny

orgán a stavovské organizácie, vytvoríme nové centrá, nakúpime do nich moderné vybavenie, vytvoríme X nových štandardných diagnostických a liečebných postupov, preškolíme X odborníkov na duševné zdravie, vypracujeme X stratégií, koncepcií, konceptov, štúdií a akčných plánov, ale zároveň nebudeme vedieť, či a v akom rozsahu tieto nástroje vedú k napĺňaniu skutočných cieľov, ktoré predstavujú merateľný prínos pre spoločnosť. Prečo napríklad nemeríme, či sa nám danými nástrojmi znižuje kriminalita v dôsledku duševných porúch, či sa nám znižuje počet samovrážd a úmrtí spojených s duševným zdravím, či nám klesá podiel šikanovaných detí v školách, či sa znižuje záškoláctvo, či rastie zamestnanosť, produktivita práce, počet odpracovaných hodín bez PN vďaka zlepšeniu duševného aj fyzického zdravia pracovnej sily, či sa znižuje preskripcia psychofarmák na jedného pacienta, či sa skrátila čakacia doba na poskytnutie odbornej starostlivosti, či sa zvýšil podiel pacientov liečených vo svojom prirodzenom prostredí, či sa zvýšila ich spokojnosť, a tak ďalej, a tak ďalej.

Pri navrhovaných opatreniach treba posudzovať skutočnú hodnotu za vynaložené peniaze, aby sme mali účelnosť použitých verejných prostriedkov pod väčšou kontrolou. Pokiaľ sa nebudeme snažiť metodicky správne merať skutočný prínos jednotlivých opatrení pre spoločnosť (zlepšenie zdravotnej starostlivosti pre pacientov, kvality života ľudí a zdravotných výsledkov populácie), tak európske miliardy budú predstavovať len premárnenú šancu na skutočnú reformu zdravotníctva. Obrovským balíkom peňazí sa síce možno na určitý čas prekryjú najvypuklejšie problémy slovenského zdravotníckeho systému, avšak len na úkor drahšej, a o to bolestivejšej reformy v budúcnosti.

Písané 30. 4. 2021 pre týždenník .týždeň.