

Posudok/Oponentúra – Dušan Zachar

V tomto tisícročí to bol jedine tandem Peter Pažitný – Rudolf Zajac, ktorý v oblasti zdravotnej politiky predstavil ucelenú víziu, ako má vyzeráť moderný a dobre fungujúci zdravotný systém na Slovensku, ako sa k nemu dopracovať, naformuloval stratégiu reformy zdravotníctva a sám spolu s ďalšími spolupracovníkmi a aktérmi v systéme ju začal aj reálne presadzovať. Bohužiaľ, politický cyklus, vtedajšia krehká, menšinová vládna koalícia, populizmus, ale aj rezistencia v určitých kruhoch vnútri systému (viď napríklad emblematické hádzanie bielych plášťov nespokojných zdravotníkov k nohám vtedajšieho premiéra Dzurindu) zabrzdlili reformu, ktorá tak zostala nedokončená.

V každom prípade však „Zajacova“ reforma položila fundamenty, na základe ktorých funguje slovenské zdravotníctvo doteraz. A to aj napriek často deštruktívnym snahám nasledujúcich vlád, ktoré prijímaním viacerých so Zajacovou reformou nekompatibilných opatrení postupne vyťahovali tehličky z obvodových múrov reformy a stavali zbytočné a nákladné okrasné vežičky a nefunkčné vikiere. Dom však nespadol, hoci má nejaké trhliny a šrámy, z ktorých sa niektoré ani dnes neopravujú, ba naopak hrozí, že sa prehĺbia.

A tu na scénu prichádzajú architekti a stavebníci Pažitný – Zajac, aby posúdili, aký je technický stav budovy, aká je jej statika, ako kvalitne a ekonomicky účelne sa v nej osadenstvu býva, čo treba opraviť, dostavať a čo prispôbiť na nové skutočnosti a výzvy vyplývajúce z meniaceho sa sveta. Samotní autori píšú, že *„je kľúčové, aby sme slovenskému systému vrátili identitu (čím je) a víziu (kam ide)“*. Súhlasím. Dom reformy treba zrenovovať, dokončiť, nastaviť jeho fungovanie na aktuálne trendy a stav poznania, a nie ho búrať. Prvý prístup nám dáva šancu postupne sa približovať jednému z najlepšie fungujúcich zdravotných systémov v Európe a na svete – holandskému, z ktorého inšpiráciu čerpali aj slovenskí reformátori Pažitný a Zajac. Druhý prístup ponúka ničím nepodloženú vieru, že systém, kde hrá prím vo všetkých oblastiach zdravotníctva centralizovaný štát a jeho plánovanie a rozhodovanie od úradníckeho stola, prinesie občanom viac a lepšej zdravotnej starostlivosti a poskytovateľom viac peňazí. Kruciálny problém tohto druhého prístupu v našich podmienkach spočíva v neblahej skúsenosti z takéhoto fungovania zdravotníctva u nás v minulosti. Dlhodobo je to neudržateľná opcia a v našom kultúrnom prostredí prináša pre spoločnosť nižšiu hodnotu za peniaze, vysoké dlhy a postupný úpadok. Túto pamäť treba obnovovať, lebo ľudia často veľmi radi a ľahko zabúdajú na to zlé a zároveň si idealizujú to prežité.

Pažitný a Zajac majú jasno v tom, že momentálne je na Slovensku úloha štátu v oblasti zdravotníctva suboptimálna, pričom štát zasahuje tam, kde nemá, a kde nesmie byť vôbec prítomný a naopak neintervenuje tam, kde musí, alebo kde by mal. V texte sa viackrát odvolávajú na výrok bývalého britského premiéra Tonyho Blaira a parafrázujú ho, že štát by *„mal oveľa viac kormidlovať a oveľa menej veslovať“*. Tento prístup je konzistentný s duchom ich zdravotníckej reformy realizovanej v rokoch 2002-2006. Po tomto období sa vo verejnej politike presadzoval skôr etatistický pohľad na zdravotníctvo, pričom motivácia aktérov sa v rôznych rokoch a v rôznej miere odvodzovala z mixu koristnícko-zlodejského a ideologického princípu. Preto je prezentovanie argumentov, názorov a myšlienok Pažitého a Zajaca, ktoré sú založené na ideách protrhových a proklientských riešení, manažovanej konkurencie, súťaže na trhu, pluralite, ktoré sa neboja otvárania tém definovania zákonného nároku a spoluúčasti pacientov, a sú podávané vo forme odborného analytického textu pretkávaného publicistickým štýlom s anekdotickými príkladmi, osviežujúcim čítaním.

V úvode sa Pažitný a Zajac zamýšľajú, že etatizmus a technokracia majú napriek mnohým odlišnostiam jednu spoločnú črtu, ktorou je podľa nich absencia dôrazu na preferencie a želania pacientov a

spotrebiteľov v zdravotníctve. V tomto kontexte poukazujú na to, že hodnota pre spotrebiteľa môže byť v kontraste s konceptom hodnoty za peniaze, ktorý preferuje ministerstvo financií, a to preto, lebo pacienti - spotrebiteľia *„môžu mať rôzne preferencie a pri výbere zdravotných služieb môžu uprednostňovať aj zjavne neefektívne zdravotné služby“*. Sú zástancami toho, aby ľudia o svojich preferenciách rozhodovali sami, a tým by zároveň definovali aj hodnotu na úrovni spotrebiteľa.

Zdravotníctvo je však plné nedokonale informovaných subjektov. Je charakteristické veľkou asymetrickosťou informácií, čo znižuje „technokratickú“ efektívnosť použitia vzácnych zdrojov a hodnotu za peniaze, ale aj skutočnú hodnotu pre spotrebiteľa. Štát by sa mal preto snažiť, aby sa informačná asymetria zmenšovala, čím by sa zákonite spotrebiteľská hodnota približovala technokratickej hodnote za peniaze. Pažitný a Zajac súhlasia, že *„občania budú schopní robiť informované rozhodnutia jedine vtedy, ak majú k dispozícii dostatočné a dôveryhodné informácie o zdravotných poisťovniach a poskytovateľoch“*, a preto má vláda poskytovať informácie o dostupnosti, kvalite a cene zdravotnej starostlivosti. Myslím si, že na začiatku by pokojne stačilo, keby štátna moc a legislatíva nezakazovala jednotlivým subjektom a Národnému centru zdravotníckych informácií (NCZI) zverejňovať tieto informácie a následne by umožnila, aby boli údaje k dispozícii širokej verejnosti vo forme otvorených dát.

Na obranu technokratov z Ministerstva financií SR, Implementačnej jednotky či Rady pre rozpočtovú zodpovednosť, ktorí strážia hodnotu za peniaze pre celú spoločnosť, by som rád poznamenal, že ich názory patrili v ostatných rokoch pri diskusii o potrebe prijatia a uskutočnenia zmien a reforiem v sektore zdravotníctva medzi tie „zdravšie“. A keďže zdravotnícke reformy absentovali a za stranu „hodnoty“, resp. výsledkov bol viac zodpovedný rezort zdravotníctva, kde sa úspechy príliš nedostavovali, tak sa vplyv technokratov viac sústreďoval na stranu „peňazí“ s cieľom, aby sa aspoň čiastočne minimalizovali neefektívnosti.

Dobu a situáciu z pohľadu technokratov charakterizujú ich výroky, napríklad tie zo záverečnej správy Revízie výdavkov na zdravotníctvo II z októbra 2019, kde konštatujú, že hoci verejné výdavky na zdravotníctvo kontinuálne rastú a zodpovedajú možnostiam a štádiu vývoja slovenskej ekonomiky, pričom rastú rýchlejšie ako inflácia, aj ako HDP a sú tiež vyššie, ako je priemer ostatných krajín V4 (merané ako podiel na HDP, ako aj v prepočte na obyvateľa po úprave o kúpnu silu), výsledky slovenského zdravotníctva nezodpovedajú výdavkom a zaostávajú za priemerom porovnateľných susedných krajín zoskupených vo V4.

Slovenské zdravotníctvo je z hľadiska jeho podielu na celkových verejných výdavkoch štátu relatívne veľkým rezortom (druhá najväčšia výdavková položka verejných financií), pričom tento podiel prevyšuje priemer EÚ. Podľa Revízie výdavkov predstavovali zdravotnícke výdavky v roku 2018 úroveň 17,7 % celkových verejných výdavkov na Slovensku, pričom priemer krajín EÚ-15 bol 15,5 % a priemer krajín V3 13,6 %. Rozpočet verejnej správy na roky 2021 až 2023 uvádza, že slovenské verejné výdavky na zdravotníctvo vzrástli za posledných 5 rokov o 27 %, zatiaľ čo rast HDP bol 18%-ný. Schválený rozpočet predpokladá, že verejné zdravotnícke výdavky narastú v SR za 10 rokov (od roku 2014 do 2023) o 48 %, pričom HDP podľa prognózy za rovnaké obdobie „len“ o 38 %. A aj keď sa pozrieme na medzinárodné porovnanie nárastu verejných výdavkov na zdravotníctvo vyjadreného percentom HDP, ako aj na percentuálny nárast zdravotníckych verejných výdavkov prepočítaných na obyvateľa, nemusíme sa hanbiť, keďže sme v týchto ukazovateľoch nad priemerom EÚ. To znamená, že slovenské zdravotníctvo nepatrí medzi chudobné populšky v rámci verejných financií. Oveľa intenzívnejšie ako o finančných zdrojoch by sme preto mali vo verejnej odbornej diskusii debatovať o tom, aké výsledky doručuje pacientom slovenský zdravotnícky systém, ako ich zlepšiť, mali by sme oveľa viac hovoriť o dostupnosti, kvalite a efektívnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o spokojnosti pacientov, o správnom nastavení motivácií, procesov, organizácie systému, o jeho dlhodobej finančnej

udržateľnosti zapojením transparentných súkromných platieb, vrátane pripoistenia a pod. Tam nás oveľa viacej tlačí topánka.

Relatívne veľký priestor a dôležitosť prisudzujú Pažitný a Zajac vo svojej práci problematike platby štátu za svojich poistencov, pričom kritizujú jej nepredvídateľnú výšku a znižovanie jej podielu v porovnaní s platbami od ekonomicky aktívnych občanov. V tejto súvislosti súhlasím, že zdravotnícky sektor si zaslúži predvídateľnejšie a stabilnejšie prostredie, aj čo sa týka financovania, aby vedel následne lepšie rozhodovať o dlhodobých stratégiách, investíciách, alokácii zdrojov a o celkovom rozvoji svojej činnosti. Na rozdiel od autorov publikácie si však myslím, že oveľa podstatnejšie ako nejaké arbitrárne stanovené percento platby za poistencov štátu je, aký je vývoj, predvídateľnosť a stabilita medziročných nárastov celkového objemu verejných prostriedkov idúcich do zdravotníctva. Treba si totiž uvedomiť, že fixne stanovené percento platby za poistencov štátu je dvojsečná zbraň, ktorá je veľmi závislá od vývoja ekonomického cyklu, čím by sa celkový objem verejných výdavkov na zdravotníctvo stal oveľa viac volatilný, a tým paradoxne aj menej predvídateľný a stabilný. V časoch vysokého hospodárskeho rastu a zvyšovania príjmov ekonomicky aktívnych osôb by zdravotníctvo síce malo obrovské nárasty prostriedkov, avšak v zlých časoch, v pokrízovom období by hrozil v zdravotníctve pokles celkových verejných zdrojov, čo by bol obrovský problém, keďže ľudia by neboli menej chorí. Radšej stabilný predvídateľný rast zdrojov ako nepredvídateľné skokovité excesy hore a dole.

Pri čítaní tejto publikácie som si podčiarkol vetu, že jedným z cieľov Zajacovej reformy bolo, „*aby v nemocniciach konečne začalo odmeňovanie za kvalitu práce, a nie za dosiahnutý vek*“. Očakával som preto, že sa autori kriticky vyjadria k tzv. platovému automatu v ústavných zdravotníckych zariadeniach, ktorý každoročne automaticky valorizuje platy všetkým zdravotníckym pracovníkom bez ohľadu na kvalitu ich práce na základe vývoja priemernej mzdy v hospodárstve, pričom ďalším kritériom je v podstate dosiahnutý vek. O systémovom probléme existencie platového automatu sa však v texte nezmieňujú. Platový automat je pritom jedným z hlavných faktorov zadlžovania štátnych nemocníc, je dlhodobo neudržateľný, keďže rast platov zdravotníkov je výrazne rýchlejší ako rast ich produktivity práce, nepotencuje lepší výkon a excelentnosť, ale priemernosť a rovnosť, keďže riaditeľom neostávajú peniaze na motivačnú variabilnú zložku platu. Mnohým riaditeľom, nehovoriac o zamestnancoch nemocníc však tento odklon od jedného zo základných princípov Zajacovej reformy bohužiaľ vyhovuje. Je to totiž pre nich pohodlné a nekonfrontačné. Lepší jeden holub v hrsti ako dva na streche...

Publikácia Petra Pažitného a Rudolfa Zajaca je užitočným obzretím sa späť, diagnostikovaním súčasného stavu, pomenovaním problémov a výziev a ponúknutím vízie, vrátane konkrétnych krokov, čo robiť v budúcnosti, aby reforma zdravotníctva zo začiatku milénia využila celý svoj potenciál, ktorý sa potom odzrkadlí v lepšom a dlhodobo udržateľnom fungovaní slovenského zdravotníctva zameraného na pacienta a kvalitné vyriešenie jeho zdravotných problémov. Ďakujem vám veľmi pekne, páni!

Dušan Zachar
analytik INEKO