

Rok 2021 v slovenskom zdravotníctve

Keby nebolo pandémie koronavírusu, tak by udalosťou roka v zdravotníctve bolo s určitosťou prijatie legislatívy k tzv. optimalizácii siete nemocníc (OSN). Ale k tomu až neskôr.

Pandémia nás vyzliekla donaha, ukázala jasne prstom na výrazné nedokonalosti celej našej spoločnosti. Pri druhej a tretej vlne patríme v Európe medzi najhorších. Pritom nemožno celú vinu hádzať len na súčasnú vládnú koalíciu. Riadne maslo na hlavu má tiež opozícia a aj bežní občania. Keby sme boli zrelšou a kultúrnejšou spoločnosťou so vzdelanejším obyvateľstvom s kritickým myslením a panovala by tu dôvera medzi občanmi navzájom, ako aj medzi občanom a štátom, a nie opak a vzdor voči systému a špekulácie, ako obísť pravidlá, tak by sme nepotrebovali toľko písaných pravidiel, toľko pandemických zákonov, vyhlášok, nariadení či usmernení.

V každom dobre spravovanom štáte či spoločenstve je optimálne, keď v ňom fungujú dobré pravidlá, ktoré sú jasne komunikované, ktorým ľudia rozumejú, veria im a ochotne ich dodržiavajú, a ak náhodou nie, tak sú dôsledne a efektívne vymáhané. Na Slovensku sme počas pandémie svedkami, že toto nie je našou silnou stránkou. Aj tento faktor stál a stojí za zlými výsledkami Slovenska počas pandémie. Určite sme sa mali viac inšpirovať dobrými skúsenosťami a praktikami zo zahraničia a neskúšať rôzne „originálne“ a neoverené postupy. Ak by sme tak postupovali, boli by mnohé protipandemické opatrenia, vrátane celého procesu vakcinácie efektívnejšie, rýchlejšie a dôvera spoločnosti vyššia.

Okrem často spomínaného nedostatku kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov v oblasti intenzivistickej medicíny, epidemiológie a ošetrovateľstva nám pandémia ukázala, aké dôležité sú dobre nastavené procesy fungovania inštitúcií a aktérov v systéme. Tie často haprovali a museli sa nastavovať na kolene a často boli len ad hoc riešením a improvizáciou. Preto prichádzali niektoré opatrenia a intervencie neskôr, ako mohli a mali a niektoré boli suboptimálne. Pandémia zvýraznila potrebu, aby si štát oveľa lepšie plnil svoju úlohu regulátora a authority stanovujúcej dobré a vykonateľné pravidlá, pričom si mal oveľa viac rozmyslieť, čo je dobré riešiť z centrálnej úrovne a čo je lepšie decentralizovať a radšej prenechať na iné subjekty. Pandémia tiež ukázala, že sa nedostatočne využil potenciál ambulantného sektora, ktorý mal zohrať úlohu, aby sa kovidoví pacienti nedostávali v takom veľkom počte na hospitalizácie do nemocníc. Tzv. gatekeeping nefungoval dobre.

V priebehu roka prišlo k výmene na nie príliš obľúbenom horúcom kresle ministra zdravotníctva. Súčasný minister komunikuje lepšie, aj keď nehovorí tak veľa ako jeho predchodca. V oblasti kvality komunikácie celého rezortu však treba určite pridať. Minister Lengvarský vyzerá ako lepší manažér, jeho kroky sú logickejšie a predvídateľnejšie. V rámci reformy nemocničnej siete, ktorú sa mu podarilo presadiť v zákonnej podobe v parlamente, vypočul niektoré výtky stakeholderov a na základe toho ju čiastočne vylepšil. Ďalšie výzvy však aktuálneho ministra čakajú a budú ešte len posudzované, či už ide o zvládanie tretej vlny pandémie, blížiacu sa vlnu omikronu či implementáciu opatrení súvisiacich s Plánom obnovy.

Apropos, Plán obnovy. Tento rok sme materiál odovzdali Bruselu. Pre oblasť zdravotníctva sme si vyčlenili relatívne slušný objem peňazí. Problémom však je, že sa v kapitole o zdravotníctve nástroje 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. Je to nepochopenie myšlienky hodnoty za peniaze, a preto hrozí neefektívna alokácia zdrojov. Plnenie niektorých míľnikov v súlade s časovým harmonogramom si bude vyžadovať riadnu dávku predstavivosti, kreativity v odpočítavaní výsledkov a benevolentnosti zo strany Bruselu.

Za znepokojujúci jav vnímam snahu vplyvnej časti koalície o to, aby štát v zdravotníctve nestaval „len“ mantinely, nekreslil „len“ čiary na ihrisku a nebol „len“ rozhodcom, ale aby bol zároveň aj trénerom oboch tímov, aby diktoval zostavy tímov, ich taktiku a spôsob hry, pričom by ešte k tomu preferoval jeden tím. Súťaž a motivácie aktérom by sa pri takomto prístupe vytratili, nevyhrával by ten lepší a postupne by sa na taký futbal nedalo pozerieť.

Príkladov v zdravotnej politike, kde sa demonštruje viera v centralistický, paternalistický a etatistický prístup a riešenia, odznelo za ostatný rok viacero. Oddľžovanie prevažne štátnych nemocníc, investície z Plánu obnovy prevažne do štátnych zariadení, plán na vytvorenie štátnej distribučnej spoločnosti na dodávanie liekov, zdravotníckeho materiálu a zdravotníckych pomôcok, obmedzovanie zmluvnej voľnosti zdravotných poisťovní a selektívneho zazmluvňovania direktívnym určovaním presného percenta výdavkov poisťovní do jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti všeobecne záväzným právnym predpisom ministerstva zdravotníctva, drakonické a v podstate likvidačné návrhy na reguláciu zisku zdravotných poisťovní, zamýšľaná štátna pomoc stratovej VŠZP, centrálna riadená a tvorená optimalizácia siete nemocníc. Niečo z toho už prešlo, niečo zatiaľ ešte nie.

Záverom sa pristavme ešte pri OSN, keďže jej implementácia a ďalšie dôležité kroky budú ešte len nasledovať. Mnoho kľúčových aspektov zatiaľ nepoznáme, nakoľko podrobnosti o podmienkach tvorby siete, o postupe pri kategorizácii nemocníc a metodiku vyhodnotenia siete, vrátane prípadných minimálnych počtov výkonov či indikátorov kvality určia až ministerstvom zdravotníctva vydané všeobecne záväzné právne predpisy.

Optimalizácia siete nemocníc je potrebná k tomu, aby sme tu mali pre pacienta udržateľnú kvalitnejšiu, bezpečnejšiu a dostupnú zdravotnú starostlivosť. Základná idea, že sa vytvorí centrá excelentnosti a všetky nemocnice nebudú robiť všetko, ale len to, v čom sú adekvátne skúsené, personálne a materiálne vybavené, je dobrá. Moja najväčšia výhrada k tejto reforme je však skutočnosť, že štát – ministerstvo zdravotníctva nebude len nastavovať pravidlá, kritériá, resp. mantinely pre tvorbu siete, ale bude do veľkej miery spolu s kategorizačnými komisiami aj samo určovať, koho konkrétneho vpustí, resp. nevpustí do siete, a s kým budú zdravotné poisťovne musieť, resp. nebudú smieť uzavrieť kontrakt. Výrazne sa tým obmedzuje manévrovací priestor zdravotných poisťovní. Poisťovne sa tak v tejto oblasti stanú skôr štatistami a vykonávateľmi vôle ministerstva zdravotníctva, resp. vôle komisie ako samostatnými reálnymi hráčmi, ktorí by formovali sieť a slobodne zazmluvňovali poskytovateľov pre svojich poistencov v rámci štátom stanovených kritérií a mantinelov. O.K., budú aspoň členmi komisií.

Podstatné preto bude, aby bol celý proces stanovovania optimálnej siete čo najviac transparentný (hodil by sa aj live stream z rokovaní komisií), aby sa riadil nediskriminačnými pravidlami a kritériami, na základe transparentných a kvalitných dát, aby fungovalo meranie a zverejňovanie výsledkov, ukazovateľov kvality a efektívnosti, aby sa nezahatala cesta k súťaživosti rôznych, aj nových, poskytovateľov, ktorí by mali mať možnosť sa porovnávať a uchádzať sa o vstup do siete na všetkých úrovniach, aby sa čo najviac rozhodovalo automaticky na základe dopredu stanovených kritérií, ktoré boli vopred odkomunikované a dohodnuté s odbornou verejnosťou, odbornými spoločnosťami a samotnými poskytovateľmi, a aby sa minimalizoval priestor pre prípadné svojvoľné posudzovanie siete od úradníckeho stola ministerstva na Kramároch.

Dušan Zachar, INEKO

Písané 22.12.2021 pre .týždeň.