

Dušan Zachar, analytik INEKO:

Sú nádeje, ktoré odborná verejnosť vkladá do ministra zdravotníctva, oprávnené?

Latka je položená nízko. Na základe znenia programového vyhlásenia vlády by som si to však netrúfol povedať, hoci zdravotníckej časti programu nemám až tak čo vytknúť, viac menej ma tam nič nevyrušuje. Je preto reálne, že Tomáš Drucker má šancu byť najlepším ministrom zdravotníctva Ficových vlád. Dost' bodov zdravotníckeho programu je však formulovaných pomerne nekonkrétne alebo takými formuláciami, že to môže v skutočnosti dopadnúť aj tak, aj tak. Zrejme si budeme musieť počkať na konkrétne ministrove kroky a až potom súdiť.

Určite sledujete aj časté mediálne vystúpenia ministra, zrejme poskytol najviac rozhovorov zo všetkých členov koalíciej vlády...

Aj na ich základe sa dá konštatovať, že tento minister môže priniesť pozitívny posun v zdravotníctve. Nemyslím si, že to bude nejaký zásadný systémový posun typu Rudolfa Zajaca, to vôbec nie. Niektoré veci ale môže pohnúť a niekedy sa mi zdá, že je to na Smer-SD až príliš odvážne.

Je nominácia krízového manažéra priznaním Smer-SD, že Valentovič, Raši, Zvolenská a Čislák v podstate zlyhali? Je to akási sebareflexia Smeru-SD?

Podľa mňa áno. Na jednej strane, tým že minister je človek bez politického krytia, by teoreticky mohol mať voľné ruky. Na druhej strane, je riziko, že v mimoriadne krízovej a konfliktnej situácii medzi rôznymi záujmovými skupinami vnútri sektoru mu práve politické krytie chýbať bude. Hrozí mu, že žiadna strana sa za neho výrazne nepostaví. Uvidíme, ako sa v takej situácii zachová premiér. Uvidíme, čo preváži - nepopísaná tabuľa bez nejakých konexií, hoci je možné, že len o nich zatiaľ nevieme, ktorá bude môcť slobodne rozhodovať a mať voľné ruky na uskutočňovanie zmien,

alebo to, že T. Drucker bude bez politického krytia a bez dostatočnej politickej sily, aby presadil svoje zámery napríklad v parlamente.

Doterajšie personálne čistky sú tradičnou povinnou jazdou nového ministra, alebo je za tým fakt snaha o zásadnú zmenu fungovania systému?

Myslím si, že to bola povinná jazda, ktorú by si musel odkrútiť každý minister, lebo hnev verejnosti, aj odbornej, ktorý potvrdili aj výsledky volieb, bol jednoznačný. Kauzy v zdravotníctve boli také eklatantné, že sa s tým niečo urobiť muselo. Ale nevyklúčujem ani tú motiváciu, že minister skutočne chce zmeny. Lakmusovým papierikom bude, ako sa postaví k niektorým riaditeľom štátnych nemocníc, ktorí sú napríklad aj poslancami parlamentu za Smer-SD. Pri výmene riaditeľov už bol opatrnejší pri formulácii, či ich bude meniť. Pravdepodobne nejaké personálne zmeny budú pri nemocniciach, najhoršie manažovaných, s najhoršími hospodárskymi výsledkami, ako je napríklad UN Bratislava. Je fakt, že minister prišiel z prostredia mimo zdravotníckeho sektoru a nejaký čas potrvá, kým si vytvorí obraz o zdravotníctve, čo vôbec nie je jednoduché. Rýchlo vymenil napríklad riaditeľa NCZI a dosadil tam človeka z predstavenstva Slovenskej pošty, zodpovedného za informačné technológie. Tento manažér má pod palcom eHealth a jeho menovanie dáva určitý potenciál, že by konečne mohol byť eHealth zrýchlený. Cieľ z vládneho programu, zaviesť eHealth v roku 2017 je veľmi ambiciózny, ale pri silnom líderstve a tlaku na výsledok by sa to možno dalo zvládnuť.

Termín zavedenia DRG vládny program neuvádza...

Ide o to, ako dlho bude trvať prechodné testovacie obdobie, pôvodne to malo byť tento rok s tým, že od roku 2017 už budú platby pre nemocnice cez systém DRG. V zákulisí sa však hovorí, že nie je vylúčené aj dlhšie testovacie obdobie ako jeden rok. Veľmi dôležité je aj nastavenie parametrov DRG. Aby sme náhodou nespravili krok späť k centrálnej

regulácii cien, kde by ceny určoval de facto štát a poisťovne by nemohli zazmluvňovať kvalitnejšie zariadenia lepšími cenami, a tak súťažiť na strane nákupu zdravotnej starostlivosti. Alebo či nebudú neodôvodnene zvýhodňované štátne nemocnice. V prechodnom období má určité zvýhodnenie zmysel, aby sa predišlo prípadnému skokovitému a výraznému zníženiu platieb po zavedení DRG do ostrej prevádzky. Logicky nemôžeme nechať najväčšie koncové nemocnice skrachovať alebo rapídne zvyšovať dlhy, zrejme teda budú mať nejaký čas špeciálnu sadzbu. Postupne by sa to ale malo zmazávať. Pri zavádzaní DRG sú určité riziká, o ktorých sa menej hovorí, ale na ktoré nemôžeme zabudnúť.

Keď sme spomínali sebareflexiu Smeru-SD, dá sa o nej hovoriť aj v súvislosti s poplatkami v ambulanciách a najmä so zrušením platby za prednostné vyšetrenie?

Vládny program hovorí o poriadku v poplatkoch, čo je svojim spôsobom sebareflexia, že sa asi poplatkovou novelou veľký poriadok nespravil a treba sa k tomu vrátiť. Odborná verejnosť poukazovala na chaos a problémy, ktoré novela spôsobila, dlhé mesiace.

Dá sa podľa vás veriť tomu, keď premiér verejne proklamoval, že minister má vo svojom konaní zelenú a nemá sa dať nikým ovplyvňovať?

Zdá sa, že utlmovanie tej najsilnejšej politickej skupiny v zdravotníctve, košickej, začalo postupne už za minulej vlády odídením Pavla Pašku či Marcela Foraia. Je možné, že tlak z tejto strany bude slabnúť nielen pri obchodovaní so zdravotníckymi zariadeniami. Možno je však aj to, že oveľa silnejšie budú tlaky zvnútra systému, kde sú tiež rôzne záujmové skupiny, ktoré sú legitímne, ako poskytovatelia, lekári, sestry, lekárnici, patientske organizácie, dodávatelia liekov a zdravotníckych pomôcok a podobne. A netreba zabúdať ani na samotných nespokojných pacientov a ich volených zástupcov v samosprávach. Tu môžu nastať oveľa väčšie

pnutia. Svoje záujmy si budú chcieť presadiť napríklad sestry, nespokojné s odmeňovaním. Tu je dôležité, ako to minister dokáže ustáť. To môže byť jedna z jeho prvých skúšok a zároveň krst ohňom.

V podstate všetci predvolební zdravotnícki experti a tieňoví ministri hodili po voľbách flintu do žita. A rezort prischol Smeru-SD...

Možno aj preto prišiel človek mimo sektora. Fakt je, že pred voľbami sa aj dnešné nové vládne strany dušovali, ako chcú zdravotníctvo zreformovať. Aj pre mňa bolo sklamaním, keď od toho dali ruky preč a nechceli prevziať politickú zodpovednosť. Z kresla ministra zdravotníctva sa nedajú vytláčať politické body, dá sa na ňom viac stratiť ako získať. Možno aj preto to Smer-SD vyhodnotil tak, že tam nominuje nestraníka, tušiac, že bude treba robiť nepopulárne kroky a nedopadne to priamo na stranu. Alebo aby bol jednoduchšie odvolateľný v prípade príliš veľkej nespokojnosti.

A taktika, že vyčistí Augiášov chliev a nejaký čas pred voľbami bude odídenny, aby ďalší minister už pre stranu zbieral body?

Neviem, či sa dá za dva-tri roky Augiášov chliev vyčistiť, podľa mňa bude problém aj so štyrmi rokmi. Problém zdravotníctva je aj v tom, že prípadné úspechy často neprichádzajú v horizonte jedného volebného obdobia, ale často v oveľa dlhšom časovom období. Teda aj dobré efekty z nepopulárnych opatrení prídu pre ďalšiu alebo až tie nasledujúce vlády.

Sú tie navzájom poprepletané problémy v zdravotníctve vôbec riešiteľné? Počnúc reálnymi platbami za výkony až po redukciu lôžok a oddelení, kedy sa postaví proti všetko, čo má nohy... Tomáš Szalay hovoril, že bude striekať krv, minister pripustil, že sa proti nemu postaví polovica Slovenska... Nie je zdravotníctvo dvadsaťhlavý drak, kde jednu hlavu odtnete a narastie druhá?

O problémoch zdravotníctva vieme aj preto, že sa oveľa viac medializujú. Je potrebné vymyslieť systémové opatrenia a také pravidlá, ktoré si žijú svojim životom a politici na ne nemajú dosah a nemôžu ich manipulovať. Z

minulosti môžem spomenúť napríklad zverejňovanie zmlúv a z budúcnosti zverejňovanie komplexných údajov o kvalite a efektívnosti poskytovateľov a poisťovní. Neraz to môže byť aj populárne opatrenie, ktoré ide zároveň proti tým dračím hlavám. Opatrenia v zdravotníctve väčšinou ale populárne nie sú a aj tie bude musieť minister spraviť. Pri nich uvidíme jeho silu, jeho schopnosť robiť všetko slobodne, uvidíme aj to, či vydrží štyri roky. Sám povedal, že akonáhle slobodný nebude, už tam nebude. Nemyslím si, že táto vláda bude superreformná, mali sme tu reformnejšie vlády. Pri tejto vláde visí veľa otáznikov.

V programových prioritách bola formulácia obmedziť zisk súkromných zdravotných poisťovní. Vo vládnom programe slovíčko súkromný vypadlo. Zámer či náhoda?

Podľa mňa to bolo len nedopatrením, lebo základom je, aby všetky tri poisťovne mali rovnakú reguláciu zisku. Prvá verzia bola pravdepodobne len nešikovne napísaná. Hádám autori nemysleli, že by regulovali len zisk súkromným poisťovniam a štátnej VŠZP nie. To by bolo asi v rozpore s našou legislatívou, ako aj s mnohými európskymi ustanoveniami.

Aké kroky sú reálne možné na obmedzenie zisku poisťovní?

To je jedna z vecí, ktoré nie sú vo vládnom programe viac konkretizované. Najjednoduchší spôsob je postupne rozširovať zoznam plánovaných výkonov, pri ktorých sa budú musieť viesť čakacie zoznamy. Kým na nich budú pacienti, poisťovne budú musieť pre nich vymedziť adekvátnu finančnú rezervu a až následne si môžu vyplatiť prípadný zisk. Dnes máme len asi 10 percent plánovaných výkonov, pri ktorých je povinnosť viesť čakačky. Oveľa komplexnejší, ale aj komplikovanejší spôsob regulácie je, že stanovíme konkrétny zákonný nárok poistenca vo všetkom, či už z vecného, časového, geografického hľadiska. Ak tento nárok poisťovňa napĺňa, môže si zisk vyplatiť. A ak nie, pozdával sa mi predvolebný návrh KDH, že pacient by v takom prípade mohol ísť aj k nezmluvnému

poskytovateľovi alebo do zahraničia. Ďalší spôsob, myslím, že z dielne OĽaNO-NOVA, uvažoval o tom, že pri základnom balíku by si poisťovne mohli vyplácať zisk len vo výške nevyčerpanej časti svojho správneho fondu. V takom prípade by tu však bolo veľké riziko, že poisťovne nebudú motivované gro peňazí používať efektívne, keďže by z nich nemohli mať zisk.

Hovorili ste, že vo vládnom programe sú veci napísané tak, že riešenie môže byť nakoniec rôzne. Platí to zrejme aj o novej univerzitnej nemocnici v Bratislave – vláda ju chce dostavať, ale rozbehnutý PPP projekt, ktorý sľuboval Viliam Čislák podpísať ešte pred voľbami, sa nespomína... Ale týka sa to napríklad aj integrovaných centier zdravotnej starostlivosti...

Je to v podstate logické, lebo minister je v zdravotníctve nováčik a potrebuje určitý čas na rozbeh, na to, aby vnikol do jeho problémov a pripravoval riešenia. Z tohto pohľadu je preto celkom logické, že úplne konkrétne ciele, kroky a riešenia vo vládnom programe nie sú. Chápem, že minister nechce celkom presne povedať niektoré veci, keď ich zrejme nemá ešte dôkladne naštudované, keď sa ešte so všetkými aktérmi nestretol. Pozrel som si programové vyhlásenie Radičovej vlády a to bolo v časti zdravotníctvo oveľa konkrétnejšie a podľa mňa aj kvalitnejšie ako to súčasné. Aktuálny program je ale určite lepší ako za vlády Fico II. V odbornej verejnosti je zhoda, že Bratislava novú nemocnicu potrebuje, ale tiež je potrebné povedať, akú nemocnicu, za akých podmienok, za koľko a za čie peniaze, ale aj kde by mala stáť. Treba prehodnotiť, či je skutočne Patrónka najvhodnejšia lokalita, či by sme sa radšej nemali vrátiť k lokalite Rázsochy. Riešiť treba aj financovanie - či štátom, či formou PPP projektu, či nejakou kombináciou, či by mal nemocnicu prevádzkovať štát, alebo či by nebolo efektívnejšie a prínosnejšie, keby prišiel nový súkromník ako

konkurencia dvom najsilnejším skupinám, ktoré v našom zdravotníctve už pôsobia.

Ktoré by mali byť prvé konkrétne kroky ministra?

Mal by byť medzi nimi audit štátnych nemocníc či výmena ľudí na kľúčových postoch za tých morálnych, ktorých často spomína, a ktorí nekradnú, nebielia a majú víziu. Bude sa musieť vyrovnáť s obrovským dlhom štátnych nemocníc a pokúsiť sa nastaviť systém tak, aby sa opäť nezadlžovali. Zároveň musí pripraviť opatrenia a pravidlá - nezávislé na konaní manažérov nemocníc, ale ukotvené systémovo v zákonoch, nariadeniach, že ak bude hospodárenie stratové, bude nasledovať toto a toto, či už je to ozdravný plán, nútená správa, konkurz, exekúcie, predaj majetku, nový vlastník...

A odchod manažmentu ak je nemocnica rok v strate, ako znelo v predvolebných diskusiách?

Asi by som to takto natvrdo nenavrhol. V bratislavskej univerzitnej nemocnici, najzadlženejšej na Slovensku, by možno ani ten najgeniálnejší manažér za rok jej hospodárenie nezmenil zo stratového na ziskové. Ak riaditeľ reformuje, ak zmení trend a postupne zlepšuje hospodárenie, hoci stále vykazuje straty a dlhy, prečo by sme ho mali hneď odvolávať?

Je ale zrejmé, že na tých potrebných pol miliardy eur dlhu nemocníc sa poskladáme opäť my, dňoví poplatníci... A nikto nie je za nič zodpovedný, nikto nie je vinný...

Asi sa tomu bohužiaľ opäť nevyhneme. Je preto nevyhnutné stanoviť pravidlá, aby sa to už neopakovalo. Nesmie to byť bezpodmienečné oddlženie, malo by byť niečím podmienené. Tak ako za vlád Mikuláša Dzurindu a Ivety Radičovej mala nasledovať transformácia štátnych nemocníc na akciové spoločnosti a tzv. tvrdé rozpočtové obmedzenia pri ich hospodárení. Takáto ponuka tu teraz zrejme nebude, takže uvidíme, s čím konkrétnym minister zdravotníctva príde. Pri oddlžovaní štátnych

nemocníc treba mať na zreteli i riziko diskriminovania ostatných. Tiež sa nesmie vyslať signál, že sa oplatí byť zadlžený a ak už oddlžovať, tak prioritne tie nemocnice, ktoré netvoría nové dlhy, ako o tom uvažovala aj minulé vlada. Podľa mňa by nemal byť najväčším hriešnikom odpustený celý dlh. Ide o vyslanie signálu. Treba dávať pozor aj na to, aby to nebola z hľadiska európskej legislatívy neoprávnená štátna pomoc. Samozrejme, hospodáreniu nemocníc by veľmi pomohlo, keby sme poznali skutočné náklady za výkony, a keby ich zdravotné poisťovne preplácali. Riaditeľ nemocnice dnes nevie, koľko ho pacient reálne stojí, dostane nejakú paušálnu platbu za hospitalizáciu, resp. plus-mínus historicky zaužívaný balík peňazí na celú nemocnicu, ktorý sa snaží rok od roku pri rokovaníach s poisťovňami zvyšovať. Kým nie je zavedený DRG systém, nebudeme vedieť lepšie rozpoznávať reálne potreby nemocníc.

Určité pracovné kontakty ste v závere volebného obdobia s rezortom mali. Oslovili vás už noví?

Zatiaľ nie. Za minulej vlády sme trochu diskutovali s ľuďmi z Inštitútu zdravotnej politiky MZ SR o meraní a zbieraní dát o produkcii, kvalite a efektívnosti poskytovateľov. V rámci našich možností sme otvorili komunikáciu. Osobne mám ale systémový problém s tým, keď ministri hovoria, že do dozorných rád VŠZP a ÚDZS, v minulosti vraveli že i do nemocníc, by mali prísť okrem iných aj ľudia z mimovládnych organizácií. Pôvodný sľub bol, že tam budú zástupcovia politickej opozície. My nie sme opozícia. Sme nezávislý - tretí sektor, nezávislý inštitút. Opozícia by mala mať kontrolné funkcie, ale mimovládka nemá na to ani kapacitu, ani politický mandát, nenesú žiadnu zodpovednosť, keďže neboli nikým zvolení. Pre nás by bolo oveľa vhodnejšie, keby nám ministerstvo a inštitúcie ako VŠZP, NCZI, ÚDZS alebo štátne nemocnice nebránili v prístupe k informáciám, ktoré by sme od nich radi dostávali. Zbierajú

neskutočné množstvá dát, ktoré ale nezverejňujú, a ktoré by sme my radi prezentovali a vysvetľovali verejnosti.

Branislav Janík

Foto Pavol Funtál

CV

D. Zachar

(1975) Absolvent Wirtschaftsuniversität Wien. Od roku 2000 pôsobí ako analytik v mimovládnom think-tanku INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy.