Počkajme si na ďalší prístup „k dieram v sudoch“

 Kardiovaskulárne a neurovaskulárne ochorenia najvýznamnejšou mierou prispievajú k nelichotivým štatistkám Slovenska v počte odvrátiteľných úmrtí v rámci OECD. V roku 2015 medicína dôkazov priniesla výrazný posun v paradigme liečby cievnej mozgovej príhody. Na toto museli zareagovať a doteraz reagujú najvyspelejšie štáty sveta veľkými zmenami v zaužívaných stereotypoch zdravotnej starostlivosti o túto druhú najčastejšiu príčinu úmrtí a prvú príčinu invalidizácie populácie. Práve dostať u nás do jednej nemocnice najmodernejšiu starostlivosť o neurovaskulárneho a kardiovaskulárneho pacienta, integrovať ju a komplexne zastrešiť v modernom duchu neurokardiologickej alebo kardioneurologickej liečby, bola hlavnou motiváciou a medicínskym plánom projektu vzniku novej nemocnice a centra CINRE. Za 24 mesiacov existencie je to v našich podmienkach unikátna nemocnica, ktorá s 200 zamestnancami a na 60 lôžkach vykonáva ako jediná “pod jednou strechou” vo všetkých troch programoch mesačne okolo 400 kardiovaskulárnych a neurovaskulárnych miniinvazívnych a invazívnych, prevažne neodkladných operácií, pričom v mnohých oblastiach ide o kvalitatívne úplne unikátne operačné výkony a v ďalších ohľadoch kvantitatívne o najpočetnejšie operačné výkony svojho druhu, vykonávané na Slovensku. Po dvoch rokoch je toto zariadenie v množstve najmodernejších miniinvazívnych operácií medzinárodným školiacim centrom excelentnosti a školili sa v ňom už špecialisti z 15 krajín celého sveta. Nemocnica tak šíry dobré meno slovenského zdravotníctva vo svete a podarilo sa jej preraziť na globálnu mapu v danom type poskytovanej starostlivosti. V akom konkurenčnom prostredí teda Cinre vznikalo a pôsobí?:

 Organizácia a sieť nemocničnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku stojí na vyše polstoročných základoch, ktoré boli v čase tvorby a vzniku veľmi racionálne a koncepčné. V konfrontácii so západným svetom však veľmi rýchlo po prepojení modernej medicíny na najnovšie počítačové technológie, začali už v 80.rokoch tieto nemocnice významne zaostávať (takpovediac expirovať). Moderná medicína západného typu sa v tomto období zmenila úplne dramaticky. Naše technologické zaostávanie a výrazný nedostatok financií nedovoľovali ani po roku 1989 udržovať krok so svetom. Z týchto dôvodov v priebehu 90. rokov to viedlo k uvoľneniu časti tohto priestoru aj pre privátny kapitál. Ten hlavne v pomerne jednoznačnej oblasti nákupu a prevádzkovania veľkej diagnostickej techniky rýchlo demaskoval “hlinené” nohy na ktorých stáli štátne nemocnice. Ak aj štát sem tam nakúpil túto techniku pravidelne ju nakupoval drahšie. Takto vznikol zvláštny a nerovný vzťah, ktorý postupne viedol “budovaniu bariér a vykopaniu zákopov” medzi štátnym a neštátnym zdravotníctvom u nás. Nehovoriac už ani o “vyprataní sa” štátu z tzv. hladových regiónov v dlhodobo finančne podvyživených oblastí Slovenska. Pre rastúci dlh štátneho zdravotníctva, havarijný stav týchto nemocníc, ich výrazne technické zaostávanie a chronický nedostatok financií, bol štát, aby aspoň zachoval základnú zdravotnícku starostlivosť, nútený odovzdať tieto nemocnice do rúk neštátneho sektora. A neštátny sektor si aj tu počínal so cťou. Výsledkom bolo, že štátu ostala takzvaná koncová starostlivosť. Samozrejme v stave konsolidácie a rastu finančných zdrojov po vstupe do EU, potom v prizme rozdeľovania postupne až 5,5 miliardového euro-balíka financií na zdravotnú starostlivosť ročne, prikročil štát k protekcionalistickým krokom vo vzťahu ku koncovej, vysokošpecializovanej starostlivosti, ktorá z tohoto koláča ukrajuje najvýznamnejšiu časť. Stručne povedané, štát svoje nemocnice postavil do viac menej monopolného postavenia. Samozrejme tu sa nedá ubrániť úvahám a núka sa stále viacej otázka, či až patologickým bránením voľného trhu, nezdôvodniteľné odmietanie konkurencie a násilné udržiavanie monopolu, nie je v skutočnosti iba smrteľným strachom z konkurencie a vo svojom dôsledku úplné brzdenie progresu, ktoré bráni zvyšovaniu dostupnosti koncovej zdravotnej starostlivosti a konkurencii v nej u nás. V tomto duchu vyznela zo zverejnených útržkov aj tzv. stratifikácia nemocníc, ktorá aj tak skončila.

 To čo platí v každej oblasti života a je tak ako máločo iné overené časom, sa nám občas snaží ktosi nahovoriť, že iba v zdravotníctve tak nie je a neplatí. Kvalita po ktorej všetci voláme, bez konkurencie nie je totiž možná, pretože nie je ani merateľná a definovateľná. Ale prvým predpokladom konkurencie je nasýtenie dostupnosti. Dostatočná dostupnosť je teda alfou a omegou, po nej príde konkurencia a až potom kvalita. Kľúčovým faktorom je DOSTUPNOSŤ a tá je v koncovej starostlivosti definitívne nedostatočná a je to aj kľúčový faktor, podľa ktorého sa vypočítavajú v OECD tie naše zbytočné odvrátiteľné úmrtia. Vôbec to nie je zlé vykazovanie úmrtí, na ktoré sme sa to snažili ústami niektorých ex-ministrov zvaliť. Spolu s nevyhnutnosťou navyšovania dostupnosti v koncovej starostlivosti sa priamo dostávame k tomu, čo je pre jej navyšovanie, ale aj naše ďalšie úvahy o budúcnosti zdravotníctva u nás kľúčové: k peniazom. K peniazom a hlavne k ich efektívnemu využívaniu.

 S dierami v sudoch štátnych koncových nemocníc to skúšame už pridlho a pritom každému, nemusí byť ani makroekonóm, je jasné, že tu platí jednoduchý zákon zdravého rozumu: čím viac lejeme, tým viac sa zo suda vylieva. Ako sa teda ale k navyšovaniu dostupnosti dostať? No sú len dve možnosti: upchať diery alebo pustiť do koncovej starostlivosti konkurenciu, ktorá dokáže za rovnaké peniaze, ktoré inak z dier vytečú, dostupnosť zvyšovať. Viem o čom hovorím, lebo toto je do veľkej miery aj genéza Cinre a jeho umelého konfliktu s regulátorom. Veď o čo ide, keď sme dokázateľne zvýšili dostupnosť, priniesli konkurenciu a kvalitu, pomohli aktívne po dlhých rokoch znížiť počty odvrátiteľných úmrtí na Slovensku? Tak v čom je teda problém? My sme sa totiž zatiaľ politicky nerozhodli, či ideme prilievať vodu do deravých sudov ďalej, alebo tie diery uzatvárať tak, že voči štátnemu monopolu dáme priestor aj konkurencii. A práve v tom je ten rozpor, plátanie dier v monopole štátu nám už príliš dlho nejde, ale tých 5,5 miliárd je tak veľkým lákadlom...

Uvidíme, aká bude teda ďalšia kompetentnosť a politická odvaha, kam budeme smerovať ďalej, či budeme míňať peniaze neustále sa zväčšujúce diery v sudoch alebo ich dávať tam, kde budú za ne zvyšovať dostupnosť koncovej zdravotnej starostlivosti. Iná cesta nie je, oddiaľovanie riešenia tohto oxymoronu iba prehlbuje straty. Peniaze do zdravotníctva môžu pritekať a môže ich byť podstatne viac, ale je potrebná zmena, transformácia v našom myslení a precitnutie sa do 21. storočia. Žiadna krajina s lepším zdravotníctvom ako je to naše, to “nedala” bez súkromných investícií a súkromné nemocnice vo svete nevznikajú preto, aby boli horšie ako tie štátne. Prinášajú konkurenciu a enormnú kvalitu, ktorá núti aj tie štátne, ísť dopredu. Je to súkolie, ktoré funguje a vymýšľať ho znamená to isté ako keby sme chceli nobelovú cenu za objav kolesa, alebo práškového cukru. Stačí sa tu len inšpirovať. Ak budeme tvrdohlavo zotrvávať na starej ceste, bude to iba ďalšie otváranie nožníc, rastu nárokov na financovanie, ale bez výraznejšieho efektu. Kľúčový ukazovateľ dostupnosti koncovej starostlivosti sa absolútne nemení a nebude sa ani meníť. Da sa tiež povedať že štát za viacej peňazí neposkytne viacej muziky, leda ak viacej falošných tónov.

 Na záver je namieste spomenúť ešte jeden nástroj, ktorý je v zdravo fungujúcom a kvalitnejšom zdravotníctve ako je to naše úplne esenciálny. A to je rozsah zdravotnej starostlivosti, na ktorý máme zo zákona nárok. Bez definovania minimálneho rozsahu zdravotnej starostlivosti nám toto perpetum mobile samozrejme vo svetle neustáleho medicínskeho progresu tiež výrazne “pomáha” otvárať finančné nožnice a rútime sa s aj vďaka nemu nezadržateľne do finančnej priepasti.

 Snažme sa však pochopiť, že prečo doteraz nebola vôľa minimálny rozsah riešiť. Totiž konceptuálne zmeny v zdravotníctve od revolúcie v 1989 neprichádzali a fetišom sa stalo iba ústavné zakotvenie bezplatnej zdravotnej starostlivosti. Na tom by nič zlé nebolo, lenže pokračovanie tejto garancie je definované v Ústave, že: “v rozsahu vymedzenom zákonom”. V tomto bode sme ale skončili a za 30 rokov sme nedokázali zadefinovať, aký tento rozsah je. V momente, kedy by sme ho zadefinovali, všetko nad rámec by bolo priestorom pre pripoistenie a/alebo priamu platbu. Toto by samozrejme prinieslo veľmi rýchlo kritický pohľad pripoistenej a platiacej verejnosti do zdravotníctva a v tom momente by sme už rastúce diery v sudoch, absenciu dostupnosti a konkurencie, masívne rozdiely v kvalite, atď. toto všetko by sme už iba veľmi ťažko tolerovali.

 Čiže, ak to všetko zhrniem, riešenia boli načrtnuté, počkajme si na koncepciu alebo nekoncepciu, počkajme si na ďalší prístup k dieram v sudoch – “liať či neliať”, počkajme si či bude pokračovať zatiaľ “hrdé” odmietanie peňazí do zdravotníctva doslova naložených na “fúrikoch”, ktoré by súkromný sektor bol ochotný za férových podmienok priniesť aj do koncového zdravotníctva. Počkajme si, či budeme ďalej maľovať chiméry, “milovať” monopoly, brániť sa a mať obavy z konkurencie, počkajme si na definovanie alebo naďalej nedefinovanie štandardu v zdravotníctve a podľa toho uvidíme, či sa niečo konečne bude diať, alebo ešte chvíľu sa neudeje opäť nič!

**MUDr. Ivan Vulev, PhD, riaditeľ CINRE**