



Motto: Dôvera v lekára a jeho sociálnu vierohodnosť je jednou zo základných hodnôt vo všetkých systémoch zdravotnej starostlivosti.

Blíži sa koniec roka, v zdravotníctve neočakávane turbulentný, je čas bilancovania. Zhodnotiť našu situáciu je nad sily jednotlivca, ale pomôžeme si príkladom a prenesme sa myslou do rozprávkovej krajiny neobmedzených možností. V nej po r. 1990 prevládalo nadšenie zo zmeny, okamžité rozhodnutia v snahe o nápravu predošlých nedostatkov. Postupom času sa začali presadzovať rýchlo kvasené predstavy jednotlivcov pri moci, rôznych čiastkových záujmov politických, sociálnych a profesijných skupín. Poprípade sa prevzali skúsenosti zo zahraničia, ktoré funguje v úplne iných historických a ekonomických súvislostiach. Vyberaním týchto „hroziakov“ skúseností sa upiekol koláč zdravotníctva, ktorý sa stal nestráviteľným. Ďalší vývoj priniesol zvýšenú pozornosť finančných skupín, ktoré pochopili, že žiadny spoločenský systém sa nezaobíde bez fungujúcich nemocníc, ambulancií. Že sa zdravotníctvo môže stať zdrojom síce nižších, ale pravidelných ekonomických pôžitkov. Situácia pripomínala symbolické romány, v prvom dejovom pláne predostieranom verejnosti boli technokratmi moci (snaživými realizátormi záujmov v pozadí) prezentované manažérske vyjadrenia, nič nehovoriace frázy typu efektívnosť, prosperita, minimalizácia nákladov a pod. Sprievodným javom bolo zamestnávanie odbornej verejnosti zástupnými problémami – aktivitami rôznych experimentátorov za tichého súhlasu politikov. Priniesli skôr zmätky – raz zavedieme výmenné lístky, raz zrušíme, zmeníme fungujúci spôsob distribúcie očkovacích látok a po čase vrátíme späť, generická substitúcia a pod. To všetko na vzdor upozorneniam odborníkov, čo z toho, že vývoj im dal za pravdu. Neustále stúpali požiadavky na náročnosť prevádzky ambulancií, sama osebe žiadna neznamená veľký problém, ale ich množenie a sumár bolo už pomaly neúnosné. Išlo na úkor kvality ZS, strácal sa čas na pacienta – a tí istí, ktorí boli zodpovední za túto neodbornú záťaž, kritizovali lekárov za malý čas venovaný pacientovi. V druhom, reálnom dejovom pláne začal postupný mocenský, legislatívne ošetrovaný a mediálne podporovaný presun kompetencií z rúk štátu na zdravotné poisťovne (zbavenie sa zodpovednosti štátu) – zisk ZP, prakticky neobmedzené kompetencie vo vzťahu k poskytovateľom, pacientom. Z nemocníc sa sprivatizovali ekonomický prínos zabezpečujúce oddelenia – zobrazovacie jednotky, laboratória, dialýzy a pod. To všetko sprevádzané poukazovaním na rastúcu insolventnosť lôžkovej časti. Tá bola vlastne programová, so zrejým cieľom „lacnej“ privatizácie. Samozrejým krokom privatizovaných zariadení bolo budovanie lukratívnych oddelení prinášajúcich zisk. A keďže pacient (najmä starý a chronicky chorý) sa stával skôr príťažou, v nemocniciach nevítaným nákladom, ktorý znižoval zisky, nasledovala postupná likvidácia sociálnejšie orientovaných oddelení – liečební pre dlhodobo chorých, geriatríi a pod. Dokorán sa otvorili dvere honbe za peniazmi. To všetko za mlčania neorientovanej laickej verejnosti, nepripravenej na zásadné zmeny po r. 1990, úspešne manipulovanej rôznymi vyhláseniami politikov za podpory angažovaných masmédií. I pod vplyvom živenej paternalistickej predstavy (pretrvávajúcej z totality) o fungovaní spoločnosti, ako neviditeľnej ruky štátu, ktorá rieši osobné problémy občana, globálne spoločnosti bez možnosti jeho aktívnej participácie. Jediným rizikom sa mohol stať organizovaný odpor odbornej verejnosti, bolo treba zobrať lekárom túto možnosť. Riadiace štruktúry zrealizovali legislatívu prakticky znemožňujúcu organizovaný odpor v zdravotníckych zariadeniach, diskutabilná bola pozícia a konanie stavovských, profesijných a odborných organizácií.

Zaujímavosťou sú i posledné skúsenosti, keď po prvom nadšení médií z informácií poukazujúcich na predražené nákupy, tendre, keď padali hlavy ministerky, riaditeľa úradu MZ, riaditeľov nemocníc, „zaznelo“ mediálne ticho. Začalo sa štandardné kolo poukazovania na nedostatky zdravotníkov – úplatky, chyby, ktoré sú síce sprievodnou známkou poskytovania starostlivosti, ale určite neželané a skôr výnimočné pri tom počte úspešne ošetrovaných ročne. Vytiahli sa vzťahy k farmaceutickým firmám, i keď nenašiel nikto reálnu súvislosť medzi preskripciou lekára a aktivitou firmy. A ak áno, neboli by toho určite plné médiá? Zdravotníci sa pýtali, prečo sa doteraz nere realizovali ponúkané projekty auditu farmakoterapie, ktoré by určili príčinu problémov a poukázali na možné riešenia? Vyhodnotil niekto dosah opatrení – generickej preskripcie, keď údaje ukazovali od 2005 do 2013 na plynulý pokles ceny liekov a úhrad ZP a stúpajúci doplatok pacienta? Začal sa znovu pertraktovať problém priamych platieb za výkony nehradené ZP, ktoré zamestnávali vládu, parlament, VÚC. Popritom stačilo, keby prostriedky, ktoré sa s ich súhlasom strácali zo zdravotníctva, boli použité na financovanie všetkých výkonov a bol by pokoj so záťažou zúčastnených, najmä by boli spokojní pacienti. Aby nebolo potrebné dehonestovať lekárov neodbornými činnosťami – povinnosť používať registračnú pokladnicu. Iným príkladom boli posledné snahy získať peniaze do rozpočtu znedostupňovaním vzdelávania. Keď si už

lekári spôsobom, ktorý je v spoločnosti prakticky bezprecedentný riešili vzdelávanie systémom atestácií a uplietli si na seba ďalší bič kreditného systému, objavila sa novela zákona o dani z príjmov. Náklady na stravu, ubytovanie a dopravu poskytnuté v súvislosti so sústavným vzdelávaním, ktoré budú poskytnuté zdravotníckym pracovníkom, sa im budú zdaňovať. Skutočne chceme podporiť povinné vzdelávanie zdravotníkov alebo ho skôr zlikvidovať, je vôbec nejaká sféra odbornej činnosti, kde to takto funguje? Sú tieto náklady na vzdelávanie porovnateľné s faktami o nákupoch, verejných obstarávaníach, legislatívne ošetrovaných reexportoch liekov, ktoré vychádzali najavo?

V našej rozprávkovej krajine občania pochopili vážnosť situácie, najmä riziká posunu zdravotníctva od humánneho rozmeru (k čomu sú zdravotníci vychovávaní a čo od nich spoločnosť očakáva) k prevažujúcej ekonomizácii, kde v snahe o zisk prevládali razantné škerty, úsporné opatrenia. Kde politická reprezentácia zabudla, že jej úlohou je poučiť občanov o ekonomických možnostiach štátu, skutočných nákladoch na ZS v porovnaní s ekonomikami iných štátov, o tomu zodpovedajúcich prioritách zdravotnej politiky, dosahu na sieť zariadení, zdravotný stav. Jej neochotou pripraviť populáciu na závažné rozhodnutia, verejne prevziať zodpovednosť, vznikal permanentný konflikt lekára s občanom. Lekári museli často nepopulárne rozhodnutia, s ktorými neboli vnútorne stotožnení, tlmočiť prekvapenej klientele. V očiach populácie sa stali prekážkou v dosiahnutí očakávanej výhody – doplatok znemožňujúci užívanie lieku, predpis pomôcky, priznanie sociálnej výhody, čo určite narušovalo dôverný vzťah lekára s pacientom, ktorý je bazálnym predpokladom úspechu liečby. Mnohé rozhodnutia navodzovali dojem, akoby chýbala kontinuita transformácie a každá administratíva MZ začínala od začiatku, ako keby množstvo odborných publikácií, koncepcných materiálov, diskusných stretnutí s dosiahnutým konsenzom neexistovalo. Ukázalo sa, že je nevyhnutné prijať koncepciu zdravotnej a sociálnej politiky konsenzom, naprieč politickým spektrom. Nikto nespochyboval politické riešenia úkonom dolava/doprava, ale rozhodne by mali prestať politickým rozhodnutím podmienené obraty v smerovaní o 180 stupňov, plošné personálne rošády, ktoré zneisťovali rozkolísanú verejnosť. Úspech transformácie zdravotníctva podmieňuje komunikácia, diskusia, konsensus. Predpokladom je zhodnotenie historických súvislostí a súčasného stavu, získavanie kvalifikovaného názoru odbornej verejnosti, vierohodných údajov z prieskumov verejnej mienky, poučenie zúčastnenej populácie. Občania prišli k poznaniu, že zdravotnícky systém i reforma sú pre ľudí, že cieľom je snaha zlepšiť zdravie populácie. Transformácia musí rešpektovať a rozvíjať základné ľudské hodnoty, to jej dáva zmysel. Musí vychádzať z populácie, z potrieb ľudí, požiadaviek, vedomostí a možností. Cesta k zdraviu ľudí nevedie len cez strohé účtovnícke úpravy, hodnotenie výlučne možného zisku. MZ, ZP nie sú generálne riaditeľstvo koncernu a nemocnice nie sú podniky, ktoré majú maximalizovať zisk z peňazí klientov. Aká logika a ktorého systému hovorí, že zdravotníctvo má byť ziskové (z prostriedkov povinného poistenia)?

I v našich reálnych, nerozprávkových podmienkach máme dostatok návrhov na riešenie. Príkladom hodným nasledovania môže byť vyjadrenia v publikácii z r. 2009 *Determinanty zdravia: Slovensko na začiatku XXI. storočia*: „Návrhy ako zlepšiť danú situáciu závisia iba sčasti od zdravotníctva a zdravotníckeho personálu. Väčšina je však závislá od spoločenského systému, zdravotnej politiky štátu, ekonomiky a záujmu riadiacich pracovníkov vôbec. Do riešenia problému je dôležité angažovať celú spoločnosť, nevyhnutná je široká spolupráca naprieč všetkými zložkami society. Hlavný faktor určujúci kvalitu i dĺžku života je psychosociálny stav spoločnosti určujúci životný štýl občanov. Dôležitá je dôvera občanov vo vedenie krajiny, ktoré zlepši morálne parametre spoločnosti a zaistí mierny, ale trvalý rast ich ekonomickej situácie. Vzdelaný, demokraticky orientovaný občan chápe možnosti vlastnou aktivitou ovplyvniť svoj zdravotný stav. Na druhej strane, málo vzdelaný občan ľahšie podľahne pesimizmu a frustrácii a stáva sa pasívnym i vo vzťahu k vlastnému zdraviu. Vzdelanostná úroveň slovenskej populácie a jej životný štýl je stále nedostatočný.“

Čo záverom? Štát, ktorý podcení zdravotný stav obyvateľstva a starostlivosť o zdravie si musí uvedomiť, že o čo bude zdravie občanov horšie ako by malo byť, o to bude starostlivosť nákladnejšia. Poučíme sa? Alebo odborné názory budú len takým ďalším „folklorným“ prejavom, aby sa zachovalo zdanie demokratického vyjadrenia pestrosti názorov, publikovania iného pohľadu a všetko bude pokračovať bez zmeny? A dokedy? Plní zdravotníctvo tie funkcie, ktoré sa od neho očakávajú? Ak nie, tak prečo, v čom je teda problém?

Prof. MUDr. Ján Gajdošík, PhD.