

ZVONIMIR ŠUSTERŠIČ

## **Ekonomska kriza in zdravstveno varstvo**

Zdravstvo kot del družbene dejavnosti je pomembno tudi ekonomsko. 4 do 5% bruto prihodka na prebivalca, kolikor gre zdravstvu in socialnemu zavarovanju je že finančno veliko. Če dodamo, da je človek najvažnejši dejavnik v družbi, pa kakorkoli je že politično urejena, gre zdravstvu poleg ekonomije še socialni poudarek. Tretji dejavnik pa je humanost.

Vse navedeno upravičuje veliko breme, ki si ga nalaga družba s to dejavnostjo. Res pa je, da ljudje preveč zaupajo in verjamejo medicini in njenim predstavnikom. Sem zdravnik in vem, da je zaupanje pol zdravljenja. To pa je psihološki dejavnik, ki ima velik vpliv na bolnika, pa tudi na prebivalstvo, in sicer od pradavne dobe do danes. Naj mi kolegi ne zamerijo, če ugotavljam, da je naša stroka podedovala vsaj delček metafizike iz pradavnine – od čarovnika do sodobnega zdravnika. Zato menim, da se ne sme uporabljati psihološko-metafizičnih sredstev od samoprispevkov občanov za zidove ustanov, ki jih ne bomo mogli prav uporabiti za boljše zdravstveno varstvo, če ne bodo opremljeni s hitro napredujočimi tehničnimi pripomočki in s kadri, ki bi jih znali uporabljati.

Medicina eksplozivno napreduje. Vzporedno s tem se v zdravstvu pojavljajo še drugi dejavniki, ki spreminjajo diagnostiko in terapijo. Zdravstvene ustanove, njihov obseg, oprema in še posebej kadri bi se morali temu prilagoditi. Naj navedem najvažnejše:

- spremenjena patologija;
- novosti v bazični medicini;
- novi tehnični pripomočki za diagnostiko;
- spremenjeno zdravljenje z novimi tehnikami;
- naše ekonomske (finančne) zmožljivosti;
- industrializacija in feminizacija medicine.

Vse navedeno in še kaj zahteva:

- drugačno organizacijo dela in ustanov;
- drugačno usmerjenost in razporeditev kadrov;
- stimulacijo za smotrnejše delo;
- smotrno odločanje o viških delovne sile.

Patologija se je bistveno spremenila. Bakterialne infekcijske bolezni so postale nepomembne. Glavnino teh je možno zdraviti ambulantno ali pa jih s preventivo, se pravi s cepljenjem, sploh preprečiti (difterija, variola, tetanus). Imamo pa kliniko in še oddelke za infekcijske bolezni. Vse je komaj zasedeno zato, ker te ustanove daljšajo oskrbno dobo in deloma služijo drugim strokam (infekcijska – gastroenterološka klinika v Ljubljani). Vzemimo za vzorec Pariz: tam imajo samo eno infekcijsko bolnišnico in še ta posluje le nekaj mesecev letno. Vsa Slovenija ima komaj petino prebivalcev Pariza.

V Ljubljano je z današnjimi prometnimi sredstvi iz najbolj obmejnih krajev v Sloveniji mogoče prispeti v 2–3 urah. Ali ne bi zadoščala ena ali dve infekcijski bolnici za vso Slovenijo? Res se pojavljajo nove bolezni, kot hepatitis viroza, klopni meningitis, gripozne bolezni, borelijoza, AIDS in druge. Večino teh se more zdraviti ambulantno (razne vrste gripe), AIDS in borelijoza pa pri nas še nista tako razširjeni, da bi zanje potrebovali dodatne postelje. Hepatitis v zamejstvu praviloma zdravijo na internističnih ustanovah, kjer so manjše enote za take bolezni.

Podobno je s tuberkulozo. Osteoartikularna je iztrebljena, pulmonalne pa je komaj še kaj, in tudi to je v glavnem možno zdraviti ambulantno. Ftiziatri so postali pulmologi. Verjetno jih je danes preveč, saj se je njihova dejavnost omejila na bolezni, kot so astma, malignomi, pa še nekaj redkih bolezni. Pulmologija skupaj s pljučno tuberkulozo potrebuje danes komaj desetino posteljnega fonda, namenjenega nekoč ftizi.

Narašča število bolezni, povezanih s podaljšano življenjsko dobo: skleroza ožilja (v možganih, ekstremitetah in drugih organih), psihiatrične bolezni, bolezni urotrakta, še posebej prostate itd. Geriatričnih, psihiatričnih in evako-bolnišnic potrebujemo torej precej več. Slednje so potrebne še posebej za skrajšanje hospitalizacije v akutnih bolnišnicah (akutes Krankenhaus), v katerih je oskrba zahtevnejša in zato dražja ter jo kaže skrajšati. Temu naj bi služile evako-bolnice, ki bi jih brez težav pridobili iz nekdanjih ftiziatričnih specialističnih bolnišnic.

Medicina, do nedavna usmerjena v patologijo organov, prehaja v patofiziologijo in posebna dogajanja v celicah. Bliža se čas, ko bo biokemija nujno izhodišče za razumevanje dogajanj v zdravem in bolnem organu in s tem tudi za diagnozo in terapijo bolezni.

Diagnostiko je sodobna tehnika bistveno izboljšala. Rentgenske tehnike, ultrazvok, endoskopije in biokemijske preiskave so tako napredovale, da močno izpopolnjujejo in krajšajo nekoč zahtevne in manj zanesljive preiskave. To bistveno krajša zamudne preiskave, ki so nekoč zahtevale dolgotrajno hospitalizacijo. Večino diagnostike moremo opraviti ambulantno. Pogoj za to pa je dober klinični pregled in ustrezno usmerjena dopolnilna diagnostika. Vse osnovne specialistične preiskave morajo biti opravljene v ordinaciji, ki mora imeti ustrezne pripomočke: priročni laboratorij, orientacijski rentgen, nekatere tudi ultrazvok in endoskopije. Vse pa morajo imeti kartoteko in arhiv kompletne medicinske dokumentacije v tesni povezavi s hospitalom.

Zdravljenje se je po teh ugotovitvah v zadnjih desetletjih odločilno spremenilo. To, kar je nekoč trajalo mesece, je danes možno opraviti v nekaj dneh ali tednih. Operativno zdravljenje zlomov, elektroresekcije v urotraktu, perkutane drenaže cist, abscesov, pielona pa perkutano in ekstrakorporalno drobljenje konkrimentov so metode, ki bistveno krajšajo čas zdravljenja, še posebej ob drugih dopolnilnih pripomočkih: farmakoterapija, fizioterapija ipd. Če je bilo 20. stoletje stoletje kirurgov, nastaja zdaj čas novih medicinskih tehnik in pripomočkov.

Slovenija je premajhna, da bi jo cepili v 9 zdravstvenih regij. V zdravstvenem varstvu imamo 1000 administrativnih kadrov preveč (Strmčnik 1987). V Franciji velja, da mora okoliš, ki ima vse stroke, zajemati 2–3 milijone ljudi (hôpital régional). Manjše bolnišnice – hôpital rural – nimajo vseh specialnosti. Če bi po tem ogledu razporedili zdravstvene okoliše v Sloveniji, dobimo sliko, ki jo ponazarja razpredelnica št. 1.

## Razpredelnica št. 1

Območje	Št. preb.	Dohodek na preb.	Zdravstvo		Zdrav. ustan. območje	Opombe
			Skupno območje	Na preb. na preb.		
Ljubljana mesto – 4 občine	314.000	4020 \$	46,770.000 \$	201 \$	Bolnišnice: <b>UKC, P. Deržaj, Stara gora, Studenec, Golnik</b>	Vrhunska za Slovenijo; posebna regijska ne obstaja
Ljubljana – okolica – 14 občin	236.000	2542 \$	31,000.000 \$	127 \$	<b>UKC</b> Trbovlje Postojna	
Gorenjska – 7 občin	231.000	5180 \$	59,360.000 \$	259 \$	Jesenice Kranj <b>UKC</b>	ni popolna za regijsko
Maribor – 9 občin	541.000	2557 \$	43,589.000 \$	128 \$	Maribor Ptuj Pohorje	regijska
Celje: 8 občin + 2 občini s polovičnim okolišem	241.000	2366 \$	31,000.000 \$	120 \$	<b>Celje</b> Brežice Trbovlje Topolšica Slov. Gradec	regijska
<b>Koroška:</b> 4 občine + 2 občini s polovičnim okolišem	124.000	2200 \$	13,640.000 \$	110 \$	<b>Slov. Gradec</b> Topolšica Celje	ni popolna za regijsko
<b>Dolenjska:</b> 4 občine + 2 občini s polovičnim okolišem	130.000	1274 \$	13,300.000 \$	102 \$	<b>Novo mesto</b> Brežice Celje	ni popolna za regijsko
<b>Prekmurje</b> – 3 občine	111.000	1755 \$	9,750.000 \$	88 \$	<b>Murska Sobota</b>	ni popolna za regijsko
<b>Primorska</b> – 8 občin	213.000	2664 \$	28,367.000 \$	133 \$	<b>Koper</b> Nova Gorica Sežana Valdoltra Ankaran	vse bolnice skupaj ustrezajo regijski ustanovi
Posebej UKC, vrhunska ustanova za vso Slovenijo						
<b>SKUPAJ:</b>	1,931.000	3165 \$	305,643.000 \$	158 \$		

Smotrno: 4 regijske bolnice, in sicer 1 v Ljubljani, 3 na periferiji: Maribor, Celje, primorsko-kraška.

Iz te razpredelnice in komentarja k njej se vidi, da imamo v Sloveniji samo šest okolišev, na katere gravitira nad 200.000 ljudi. Pa še to le, če za ljubljansko območje ustanovimo posebno regijsko bolnico izven/poleg UKC, ki je vrhunska

ustanova za vso Slovenijo. Zanj zadošča od 800 do 1000 postelj, če zdravi samo bolnike, ki potrebujejo vrhunske strokovnjake in pripomočke. Gorenjska je s svojim gravitacijskim in finančnim potencialom ustrežna za regijsko bolnico, vendar glavnina gorenjskih občin gravitira na Ljubljano, in če bi to bilo upoštevano, je regijska bolnica za Gorenjsko odveč. Kdo bo iz Kamnika, Kranja, Tržiča, Domžal ali Škofje Loke šel v jeseniško bolnico, razen pod prisilo, če mu je Ljubljana bližje, ne samo geografsko, temveč tudi gravitacijsko? Imamo bolnišnice drugega reda, pa tudi take posteljne fonde specialnih bolnišnic in oddelkov, ki bi jih kazalo preusmeriti v druge stroke. To bi (strokovno in ekonomsko) močno racionaliziralo naše zdravstvene zmogljivosti.

Če dodamo podvajanje administracije: komite za zdravstvo – Zdravstvena skupnost Slovenije, Občinski zdravstveni oddelki – Uprava zdravstvenih centrov, TOZD-i v bolnišnicah – vodstvo oddelkov, je to strokovno, medicinsko in ekonomsko potratno. Potreba po obsežnejši administraciji in več vodstvenih mestih je utemeljena iz birokratsko-političnega, nikakor pa ne strokovno-ekonomskega gledišča.

Ne trdim, da je treba vse, kar ni racionalno, odpraviti. Treba pa je razpoložljive ustanove in kadre prav uporabiti (usmeriti). Naši zakoni to ovirajo. Slovenija mora najti tudi v novi zdravstveni zakonodaji pota, po katerih bo izplavala. Res so gospodarske težave dominantne, res pa je tudi, da zdravstvo ne sme biti izvzeto. Smo majhen narod z majhnimi sredstvi, zato moramo tembolj paziti, da jih smotro usmerimo.

Spremenjena patologija, novi pripomočki in nove metode nenehno spreminjajo medicinske doktrine. Težišče zdravljenja prehaja v razvitih državah spet v ordinacije splošnih zdravnikov in specialistov. Glavnino diagnostike, pa tudi večji del terapije je možno opraviti v ambulantah. Enako velja za pre- in pooperativno zdravljenje. Za vse navedeno pa potrebujemo res sposobne zdravstvene kadre vseh strok in profilov in seveda njihovo prizadevnost, ki mora biti ustrezno stimulirana. Cena zdravstvenih storitev je daleč pod dejanskimi stroški. Neposredno po prvi in drugi svetovni vojni je peščica zdravnikov splošne prakse v svojih privatnih ordinacijah kar dobro oskrbovala Slovenijo z osnovnim zdravstvenim varstvom. Danes jih imamo nekajkrat več, postali pa so uradniki in pisci napatnic. Podobno je v specialističnih ambulantah. Tudi specialisti pošiljajo bolnike na to ali ono tehnično preiskavo, konziliarne specialistične, klinične in druge preglede, ki bi bili odveč, če bi specialist bolnika natančno pregledal in ga napatil na tiste dopolnilne preiskave, ki so res utemeljene. Poleg tega specialisti naročajo kontrole, ki bi jih mogel opraviti zdravnik splošne prakse. Republiški sekretar za zdravstvo Ravnikar je leta 1960 ocenil, da bi za Slovenijo potrebovali 1000 zdravnikov. Danes jih je petkrat toliko. To bi ne bilo preveč, če bi zdravstvena služba poslovala od jutra do noči (delo v dveh izmenah). Pogoji za to pa so poleg znanja kadrov tudi ustrežna oprema ambulant, ki morajo imeti vsaj osnovne pripomočke. Če bi vse delovalo, kot smo zgoraj nakazali, bi potrebovali enako število ali morda celo več kvalitetnih zdravstvenih kadrov in kvalitetnejše opremljene funkcionalne prostore. To ne bi bilo cenejše, prihranek bi bil pri izdatkih za stalež in bolnico, ki postaja spet bolnica s hiralnico.

Programiranje zdravstvenih ustanov sodi zdravnikom, ki poznajo novosti sodobne medicine in ki se temu posebej posvečajo. Ne arhitekt, pa tudi ne zdravnik ali ekonomist, politolog itd. ne morejo pripraviti programa za zdravstveni zavod, če ne poznajo novosti v medicini, ki eksplozivno napreduje. Pokazali smo, da sodobno zdravstvo krajša čas hospitalizacije, zahteva pa vedno nove zdravstve-

ne pripomočke in vedno bolj sposobne kadre. To niso tisti, ki imajo diplomu, magisterij ali doktorat znanosti, temveč tisti, ki znajo uporabljati metode in pripomočke. Predvsem pa morajo biti zdravniki.

Dodajam: Kristl je v »Delu« kritiziral projektiranje bolnišnic. Z njegovim mnenjem, da je Slovenija premajhna za projektantski zavod, ki bi se specializiral za gradnjo bolnišnic, se strinjam. Trdim pa, da so ob današnjem razvoju medicinske tehnike osnova za programiranje funkcionalne in hospitalne enote. Ni toliko važno, ali gradimo bolnico v dvo- ali enokoridornem sistemu. Bistveni so delovni prostori, njihova oprema in sposobni kadri. Bolnišnica je ireverzibilna precipitacija trenutne medicinske doktrine v zidove: jasno je, da v deset in morda celo večnadstropnih zgradbah dozidki niso možni. Polpaviljonski sistem pa omogoča prizidke. Če pa so v bolnišnično stolpnico vključeni tudi prostori za storitveno dejavnost (operacijski prostori, rentgen, posebne druge dejavnosti ipd.), se taka bolnišnica ne more prilagajati napredujoči medicinski tehniki, ki potrebuje vedno več in še posebej drugačne prostore.

Razvite dežele kar naprej omejujejo posteljni fond bolnišnic. Kako je to uredila Francija, sem že navedel. Dodam naj, da bo Avstrija do konca leta 1989 opustila 2600 bolniških postelj. Skrajni čas je, da tudi mi reduciramo bolniške postelje in se usmerimo v bolj ažurno in kvalitetno delo, zlasti pa upoštevamo novo ekonomsko stanje Slovenije.

Razpredelnica št. 2: Primerjava bruto dohodka razvitih s Slovenijo

Dežela	Dohodek na prebivalca	Zdrav. na prebivalca	
		%	vsota
ZRN	9.300 \$	7%	650 \$
ZDA	8.000 \$	7%	600 \$
Francija	8.000 \$	7%	560 \$
Anglija	5.000 \$	7%	350 \$
Slovenija	3.200 \$	5%	180 \$
Celjski okoliš	2.400 \$	5%	120 \$

Podatki v razpredelnicah so okvirni, razlika je v valutah in še to iz leta 1981/82.

Ponavljam: osnovno zdravstvo nima več pravih splošnih zdravnikov, ki so si nekoč ustvarili svoje zasebne ordinacije in skrbeli, da so obdržali svojo klientelo. Osrednje specialistične ustanove se vse bolj trpajo s kadri enake strokovne kvalitete. Dvoizmensko delo bi probleme specialističnih ustanov za nekaj časa ali celo trajno rešilo. Tako bi podvojili mesta za strokovno res usposobljene kadre in s tem tudi dobili dvojno število enako usposobljenih zdravnikov in drugih visoko in višje kvalificiranih zdravstvenih delavcev. Znebili pa bi se marsikaterega, ki mu ni do dela. Sposobnejši in zavzetejši bi dobili sloves, osebno zadovoljstvo in tudi boljši dohodek.

Za konec pa še odnos kurative do preventive. Večina sredstev gre v kurativo. Najdražje pri tem je zdravljenje neozdravljivih bolezni. To je dostikrat samo daljšanje človekovega življenja v trpljenju. Ne gre za skepso do napredka, temveč za strokovno kritično presojo o tem, do kje! In kako je s preventivo? Ne samo industrije, temveč celo zdravstvene ustanove nepremišljeno uničujejo okolje. Za čiščenje odpadnih vod, onesnaževanje zraka ter ohranjanje talnice zmanjka denar-

ja. Z drenažo močvirij nedopustno uničujemo zaloge vode in jo odvajamo iz naše dežele, ker dobimo s tem nekaj plodne zemlje; pozabljamo pa, da bo ta brez vode prej ali slej puščava. Raven talnic pada, reke so vedno bolj osušene in imajo vedno manj vode. Vse to potrošijo in onesnažijo večja naselja (mesta) in industrija. Po oceni bi dejal, da ima Sava, glavni odtok vode iz Slovenije, ob meji s Hrvaško vsaj za četrtno manj vode kot pred 50 leti. Zrak je vedno bolj onesnažen, gozdovi umirajo, v hrani je vedno več škodljivih kemikalij. Kaj zmore in koliko sredstev ima na voljo sanitarna inšpekcija? Če ne bomo tu vodili pametne politike, bodo generacije, ki prihajajo, v deželi mrtvih vod, onesnaženega okolja, brez zdrave pitne vode, hranile pa se bodo s hrano, polno karcinogenih in drugih škodljivih snovi.

#### VIRI

- Spominski zbornik Slovenije. Založba Jubilej, Ljubljana 1939.
- Šustersič Z., Zdravstveni center v Celju, Zdravstveni vestnik 23. št. 9, 1954.
- Furlan T., Pro medico: 4. 1952.
- Ravnikar T., Nekaj problemov zdravstvene službe, Zdravstveni vestnik 60.
- Nomenklatura zdravstvenih storitev, Ur. list SRS 3/72.
- Šustersič Z., Travmatološka služba v Sloveniji. Celjski zbornik 1968.
- Kopač I., Standard in funkcionalnost bolnišnic SRS, Sekretariat za zdravstvo 1971.
- Longmire W., Surgery in 1994. Mitteil. Deutsch. Gesell. Chir. No 4. 1985.
- Turk R., Uvodni referat na sestanku avstrijsko-slovenskih urologov 10. 12. 1988 Maribor.
- Strmčnik B., Prenova zdravstvenega varstva v SRS. Teorija in praksa, št. 9-10, 1988.
- Statistički godišnjak SFRJ, 1983 in valutni podatki iz dnevnikov (Delo).