

zdravstvene službe je mogoče prihraniti 8 do 10 milijard SIT, ki se sicer alocirajo za večjo učinkovitost v posameznih zdravstvenih dejavnostih.

3. Z oblikovanjem dolgoročne strategije in ciljev ter pripravo nacionalnega programa razvoja zdravstvenega varstva do leta 2013, analiz in ocen v strukturnih spremembah za hitrejši gospodarski in socialni razvoj države Slovenije je potrebno do začetka leta 2007 izoblikovati košarico pravic in raven standardov v obveznem zavarovanju, omejiti z ukrepi doplačil povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah in s tem odpreti prostor ponudbam prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Najkasneje v letu 2008 bo potrebno uvesti kombinirano obvezno zdravstveno zavarovanje s prostovoljnim zavarovanjem za dolgotrajno nego. Z določitvijo obsega pravic in standardov v obveznem zavarovanju pa je moč zagotoviti dodatna finančna sredstva iz zasebnih virov v obsegu do 20 milijard SIT.

Zaključki

Slovensko zdravstvo zamuja z reformnimi procesi prilagajanja sistemskih in zakonodajnih rešitev spremenjenim razmeram, ki jih druge razvite evropske države kontinuirano izvajajo z iskanjem odgovorov na izzive in pritiske na hitro povečevanje izdatkov. Na področju zdravstvenega varstva so namreč potrebne nenehne reforme, saj gre za zelo dinamičen družbeni podsystem, pred katerim so vedno novi izzivi in zahteve. V dvanajstih letih od uveljavitve nove zakonodaje so se pri nas pokazale vse dobre in slabe strani sedanje ureditve, ki so nujna podlaga za dograjevanje sistema. Z vključitvijo Slovenije v EU je dana še dodatna priložnost pa tudi obveza za nujno potrebne spremembe zaradi nas samih in naše zdravstvene varnosti.

Literatura

1. Stjepan A. Sistemi financiranja v zdravstvu (Mednarodna primerjava), Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana, oktober 1999.
2. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2004.

PRIVATIZACIJA V ZDRAVSTVU NA PRIMARNI RAVNI – PREDNOSTI IN POMANJKLJIVOSTI

Anton Židanik

Zdravstveni dom je integriran, preventivno-kurativni socialnomedicinski center, ki pokriva celotno populacijo na svojem območju ter s svojimi dejavnostmi spremlja človeka od rojstva do smrti.

S svojimi dispanzerji kot organizacijskimi oblikami in dispanzersko metodo dela je pobudnik in koordinator dejavnosti, usmerjenih v ohranitev in krepitev zdravja. Prisoten je v vrtcu, šoli, bivalnem in delovnem okolju (1).

Pravne okvirje mu zagotavljajo Zakon o zavodih, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Nacionalni program zdravstvenega varstva v RS do leta 2004 ter Socialni sporazum za obdobje 2002–2005. V zadnjem je Vlada RS obljubila, da bo ohranila ZD kot nosilce zdravstvene dejavnosti na primarni ravni.

Zdravstveni dom je neprofitno organiziran in financiran javni zavod, katerega ustanovitelj in lastnik je občina. Ta je odgovorna za zagotavljanje prostorskih pogojev. S podeljevanjem koncesij, z vlogo predstavnikov v svetu zavoda in z dajanjem soglasja ob imenovanju direktorja zavoda pa lahko bistveno vpliva na zagotavljanje osnovnega zdravstvenega varstva za svojo populacijo.

Prvi zdravstveni domovi so se začeli v Sloveniji ustanavljati po letu 1926, podlaga njihovem delu pa so bile ideje dr. Andrije Štamparja, ki je že takrat trdil (2), da:

- zdravniki ne smejo biti ekonomsko odvisni od bolnikov, saj jih to ovira pri reševanju bistvenih nalog;
- je potrebno zdravstvo organizirati tako, da bo zdravnik iskal bolnika in ne nasprotno;
- da so delovna področja zdravnika kraji, kjer ljudje žive, in ne laboratoriji in ordinacije.

Razumljivo, da njegovih idej niso dobrohotno sprejeli zdravniki, saj naj bi dušile zdravniško neodvisnost in svobodno konkurenco. Proti njemu je odkrito nastopila zdravniška zbornica in zdravniško društvo, iz katerega je dr. Štampar tudi izstopil. Svoje delovanje je usmerjal v Društvo narodov v Ženevi, bil med ustanovitelji Svetovne zdravstvene organizacije, v katere temelje je uspel vnesti svoja načela, za katera si je vse življenje prizadeval.

Leta 1956 so bili zdravstveni domovi zakonsko ustanovljeni, zasebna zdravstvena dejavnost je bila ukinjena, zdravniška zbornica pa razpuščena (2, 3).

Rezultati na zdravju populacije so se relativno hitro pokazali, saj smo kljub nižjemu standardu in 2- do 3-krat nižji porabi na glavo prebivalca bili kmalu primerljivi z razvitimi državami sveta. Pogosto so strokovnjaki SZO pozitivno ocenjevali naše naglo odzivanje na potrebe in varstvo ranljivih delov populacije ter ugotavljali, da bi bilo potrebno okoreli zdravstveni sistem prenekaterih razvitih držav sveta popraviti z nekaterimi našimi rešitvami.

Ker pa so omenjeni rezultati šli pogosto na račun velike obremenjenosti in nizkih plač zaposlenih zdravstvenih delavcev, ko se predvsem zdravniki niso mogli primerjati s kolegi v državah OECD, so bila posledično pogosta trenja z nosilci zdravstvene politike. Praktično brezplačne zdravstvene storitve pa so ob vedno večji prosvetljenosti ljudi pripeljale do nekritičnega koriščenja zdravstvenih storitev in do njihovega razvrednotenja.

Zato je zdravništvo leta 1992 z velikim pričakovanjem sprejelo novo zdravstveno zakonodajo, ki je ustvarila pogoje za ustanovitev zdravniške zbornice ter omogočila zdravnikom izvajanje samostojne zasebne prakse.

S tem je bila centralizirana in monopolna organiziranost ZD ogrožena, financiranje preko glavarine, uvedba osebnega zdravnika in usmeritev v družinsko medicino pa je rušila koncept dispanzerjev in dispanzerskih metod dela (3).

Zdravstvena politika, ki se je reforme zdravstvenega sistema lotila, ker jo je priporočal mednarodni monetarni sklad, ki iz sveta ni poznal nam podobnih vzorcev, je ocenila, da bo zasebna pobuda in uveljavljanje ekonomskih zakonitosti na javnih socialnih področjih povečala učinkovitost, uspešnost in gospodarnost javnih služb ter zmanjšala ekonomsko breme javnega finančnega sektorja (4).

Vendar se je v reforme spustila prehitro, stihijsko in brez jasne vizije. Doživeli smo celo priporočilo Ministrstva za zdravstvo tedanjim občinam, naj opustijo načrtovanja investicij na primarni ravni, saj bodo to breme prevzeli zasebniki-koncesionarji.

Leta 1992 smo zamudili priložnost, da bi v tako imenovanem prehodnem obdobju razpisali ugodne koncesije na demografsko ogroženih območjih, v kadrovske deficitarnih regijah ter povsod tam, kjer so bili ljudje nezadovoljni s kakovostjo in dostopnostjo zdravstvenih storitev.

Tako pa so koncesijo podelili vsakomur, ki se je tega spomnil, praviloma zdravnikom v najbolj produktivnem življenjskem obdobju, z največjo glavarino in v okolju s koncentriranim prebivalstvom, kjer ni bilo nevarnosti, da ne bi imeli dovolj storitev. Namesto da bi ZZZS razumela konkurenčnost in tržnost ponudbe tako, da bi podpisala pogodbo z ugodnejšim ponudnikom, je sklenila pogodbo najprej z za-

sebnim koncesionarjem, kader in program pa je odštela javnim zavodom.

Ker je obstajala nevarnost, da bi z odhodom nosilcev dejavnosti, ki jih po zakonu mora opravljati ZD, le-ta formalno nehal obstajati, nadalje v bojzani, da bi se začela vzpostavljati vzporedna mreža zdravstvenih postaj oz. ambulant, ZD pa bi bili neizkoriščeni, se je rodila ideja o »zdravstvenodomsosti«, ko naj bi zasebniki pod ugodnimi pogoji najeli tiste prostore, v katerih so že doslej opravljali svojo dejavnost. Pri tem naj bi se praviloma posluževali administrativno-tehničnih storitev javnih zavodov ter celotnega sistema medsebojno prepletenih dejavnosti zdravstvenih domov. Prav tako naj bi v celoti prevzeli zdravstveni kader, s katerim so do sedaj delali v timu, in jim ga ZZS priznava pri odkupu programa.

Pri tem so zagovorniki te ideje prezrli dejstvo, ki se je praviloma pokazalo v vsej Sloveniji, da je takšno idealno sožitje praktično nemogoče. Zasebnik in javni zavod se financirata iz istega vira, a zavod ima podrejeno vlogo že ob samem razpisu in oddaji programov. Obravnavata isto populacijo, ekonomska uspešnost in tržnost enega pa drugega neizogibno pelje v teže poslovanje. Ob tem zasebni zdravnik praviloma izvaja dejavnost, pri kateri so nizki materialni stroški, breme dražjih preiskav pa prelaga na pleča javnih zavodov. Kader zaposluje le po minimalnem normativu, brani se prevelikih prostorov zaradi ekonomske obremenitve najemnin. Takoj prekine tesnejše poslovne stike s prejšnjim delodajalcem, saj se boji, da bi ta preko AOP, statistike in finančnega poslovanja lahko spremljal njegovo realizacijo. Problemi nastajajo pri medsebojnem nadomeščanju v času rednih letnih dopustov, strokovnega izpopolnjevanja in bolezni. Težave so pri vključevanju v urgentno in dežurno službo. Izbira si centralne lokacije, seli se iz periferije v center, mreža postaja nepokrita oz. za javni zavod še dražja.

Pri tem ni zanemarljivo dejstvo, da je pri odhodu v zasebno prakso prišlo do trgiranja kolegialnih vezi. Zasebnik čuti, da je zaradi črne prakse in sive ekonomije zaposlenih v javnem sistemu ogrožena njegova eksistenca. Odpirajo se novi konflikti. Njegova ekonomska uspešnost ob absolutnem pomanjkanju kontrole s strani davčne uprave sproža zavist pri zaposlenih v javnih zavodih.

Kaj sili zdravnike, da se odločajo za zasebno dejavnost?

Predvsem nemoč menedžmenta javnih zavodov, da bi nagrajeval zaposlene v skladu z njihovim prispevkom pri obravnavi bolnikov.

Neprofitno naravnani javni zavodi, ki morajo morebitni dobiček prelivati v razširjeno reprodukcijo in nove programe, imajo le minimalne možnosti za stimulacijo dobrih delavcev.

Izhodiščna plača je določena, razredi in način napredovanja prav tako, za stimulacijo je na voljo 2% skupne mase plač oz. 20% individualne stimulacije, nadurno delo je z zakonom omejeno. Znan je primer slovenskih lekarn, ki so bile praktično vse pod udarom računskega sodišča, nemalokatera pa je bila v prekršku, čeprav so za plače namenjale izključno sredstva, ki so bila rezultat lastnega poslovanja.

Zato zaposlenega v javnem zavodu stroški praviloma ne zanimajo. Skrb za bolnika je v ospredju, blagohotna opozorila po racionalnejšem obnašanju pa jemlje kot vmešavanje v stroko. Ob prehodu v zasebno dejavnost postane njegova prva skrb strošek in ustvarjanje dobička. Zmanjšuje režijo, minimizira pri sebi zaposleni kader, krči tiste laboratorijske storitve, kjer se pojavlja kot plačnik oz. je širokogruden do napotitev tistih, katerih plačnik je ZZS, je restriktiven do ampuliranih zdravil in sanitetnega obvezilnega materiala, drage bolnike pa hitro napoti na sekundarno raven.

Postane tržno naravnani v bolezni in storitve, drage hišne obiske zreducira na minimum, uvaja različna doplačila, izvaja nad-

standardne in samoplačniške storitve. Pri tem ima idealne pogoje tako specialist zasebnik kot zobozdravnik, ki si iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ustvarita nekajtedensko čakalno dobo s korektno vodeno čakalno knjigo, zato jima ni težko prepričati bolnega, da raje koristi samoplačniške storitve, kot da počaka na redno vrsto. Marsikateri koncesionar razširi svojo ponudbo tudi z zdravstvenimi storitvami, ki jih pri njem opravljajo bolnišnični specialisti.

Zanimivo je, da so morali javni zavodi ukinjati samoplačniške ambulante, saj je bila teza Ministrstva za zdravje, da si umetno ustvarjajo čakalne dobe, da lahko preusmerjajo bolnike v samoplačniške storitve.

Vendar obstajajo tudi v načinu poslovanja razlogi, da lahko ob enakih standardih in istem obsegu financiranja dosegajo boljše finančne rezultate.

Medtem ko javni zavodi poslujemo po knjigovodskih in računovodskih predpisih, ki veljajo za javne zavode, poslujejo zasebniki po predpisih, ki veljajo za samostojne podjetnike. Pri tem morajo javni zavodi upoštevati vse kolektivne pogodbe, katerih uresničevanje budno nadzorujejo sindikati v zdravstvu. Ti so v preteklosti, predvsem zaradi nizkih plač zaposlenih v zdravstvu, izbojevali nenormalno veliko ugodnosti, ki danes bistveno dražijo delo v javnih zavodih. V Evropi smo na vrhu pravic glede trajanja letnih dopustov in odsotnosti zaradi izobraževanja delavcev. Vse te odsotnosti je ob pomanjkanju kadra potrebno pokrivati z nadurnim in pogodbenim delom, kar seveda dodatno draži stroške javnih zavodov. Plačnik storitev (ZZS) tega ne upošteva, ima pa sam tudi posredno korist, saj dobi za enak obseg opravljenih storitev za pol več sredstev, ki se stekajo v zdravstveno blagajno v obliki prispevkov, posledično pa je tudi temu primerno višje plačana dohodnina. Nadalje javni zavodi dosledno nakazujejo prispevke v sklad pokojninsko invalidskega zavarovanja, zdravstvenega zavarovanja, za zaposlovanje in porodniško varstvo, za poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

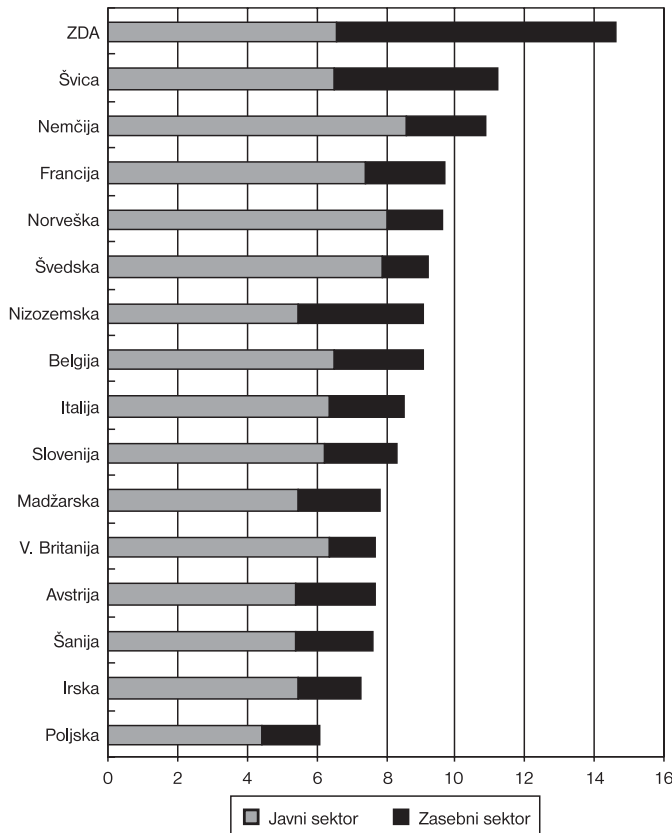
Čeprav se »država« že leta zaveda, da zasebnik – koncesionar ne namenja za davke in prispevke enakih sredstev, kot jih ima s standardizacijo priznane v ceni svojih storitev, ni sposobna tega problema razrešiti. Celo Spremembe in dopolnitve Zakona o zdravstvenem zavarovanju, ki bi vsaj deloma v ustrezni višini zajele prispevke samozaposlenih, doživljajo določene blokade, saj so se v spremembah našle v paketu z omejitvami izplačil nadomestil odsotnosti z dela, pri čemer pa so naletele na odpor sindikatov. V vsakem primeru pa se bo predvideni sprejem po hitrem postopku v Državnem zboru spremenil v normalen postopek.

Po drugi strani pa je zakonodajalec dodatno zaostрил pogoje poslovanja v javnih zavodih, ki morajo vse večje nabave, tekoča in investicijska vzdrževanja izvajati preko javnih naročil, bodisi samostojno ali preko skupnih nabav Ministrstva za zdravje. Sistem je neučinkovit in tog, pritožbe udeležencev povzročajo pogoste blokade in zamude pri izpeljavi naročil, s čimer se morebitni prihranki pri doseganju nižjih cen izničijo.

Kako naprej?

Če upoštevamo naloge, ki izhajajo iz ciljev SZO in prednostnih nalog v primarnem zdravstvenem varstvu, pri čemer ekspert zdravstvenega menedžmenta ocenjujejo (5), da bo v prihodnosti primarna raven zagotavljala 95% potreb populacije po zdravstvenih storitvah, je edino logični zaključek, da ostajajo zdravstveni domovi temeljni nosilci osnovne zdravstvene dejavnosti ter prevzamejo vlogo koordinatorja med posameznimi ravnimi zdravstvenega varstva, med javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenega varstva ter med zdravstvenimi in ostalimi sektorji. Nedvomne prednosti zdravstvenih domov so glede na zasebne izvajalce v tem, da:

- zagotavljajo enako dostopnost za vse zavarovance oz. socialne skupine;



Sl. 1. Stroški za zdravstvo v % BDP v letu 2002 (Source: OECD Health Data [2004]).

- imajo vse dejavnosti, vključno z diagnostičnimi metodami, organizirane in dostopne na enem mestu;
- imajo dispanzerske metode dela, ki združujejo preventivo, kurativo in socialno medicino;
- opravljajo celovito preventivno dejavnost;
- zagotavljajo neprekinjeno zdravstveno varstvo;
- zagotavljajo boljše pogoje za laboratorijsko diagnostiko;
- so učna baza do- in podiplomskega izobraževanja;
- opravljajo znanstvenoraziskovalno dejavnost;
- omogočajo timsko delo različnih strokovnjakov;
- z nadomestnimi zaposlitvami ohranjajo oz. izboljšujejo ustrezno strokovno strukturo zdravstvenega kadra;
- zagotavljajo stabilnost delovanja javne mreže;
- na opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti imajo neposreden vpliv zavarovanci prek svetov zavoda;
- so nosilci obrambnih priprav oz. izvajanja ukrepov v primeru množičnih nesreč in izrednih stanj.

Dokaz za takšne usmeritve so tudi izsledki londonskega inštituta Economist Inteligents Unit (EIU), ki je Slovenijo med 35 evropskimi državami v letu 1998 uvrstil na zavidljivo 7. mesto na področju zdravstvenega stanja populacije ob dejstvu, da bruto družbeni proizvod in poraba na glavo prebivalca takega mesta zanesljivo ne opravičujeta. Nedvomno ima organiziranost zdravstvenega varstva, ki na primarni ravni še vedno sloni na plečih zdravstvenih domov, pomembno vlogo (6).

In ne nazadnje! Vse gospodarsko razvite države sveta se soočajo s feminizacijo zdravniškega poklica, pri čemer imajo zdravnice v življenju drugačne prioritete kot moški kolegi. Želijo si povezovanja v skupinske prakse z možnostjo krajšega in prožnejšega delovnega časa, pokrivanja krajših ali daljših odsotnosti in možnosti racionalnejše izrabe prostorskih, materialnih in tehničnih resursov. Vse to, kar nam danes omogočajo zdravstveni domovi.

Mogoče bi se bilo potrebno vprašati, ali bi bil ob izenačenem načinu poslovanja in posledično manjšem dobičku še vedno interes kolegov po zasebni praksi, ali ne bi bilo mogoče bolje iskati rešitve v fleksibilnejšem nagrajevanju v javnih zavodih. Pri tem bi zadržali uravnotežen mešan sistem in možnost konkurenčne izbire.

In še citat nemškega pisca Johana G. Seume: »Država bi morala skrbeti predvsem za revne. Bogati, žal, še preveč skrbijo zase.«

Literatura

1. Židanik A. Vloga ZD v primarnem zdravstvenem varstvu – strokovni posvet »Primarno zdravstveno varstvo« Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.
2. Urlep F. Osnovna zdravstvena služba na Slovenskem v zadnjih 100 letih – strokovni posvet »Primarno zdravstveno varstvo« Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.
3. Premik M. Primarno zdravstveno varstvo in zdravstveni dom – strokovni posvet »Primarno zdravstveno varstvo« Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.
4. Židanik A, Košir M. Zasebna dejavnost v osnovnem zdravstvu. 6. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Čatež, april 1999.
5. Atun RA. Vloga primarnega zdravstvenega varstva. Konferenca »Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji«, Ljubljana 2005.
6. Figueras J. Trendi in izzivi v primarnem zdravstvenem varstvu. Konferenca »Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji«, Ljubljana 2005.

ZASEBNIŠTVO V RAZLIČNIH ZDRAVSTVENIH SISTEMIH

Tit Albreht

Zasebništvo v najbolj širokem pomenu besede je povsem normalen del lastništva oziroma izvajanja dejavnosti v različnih zdravstvenih sistemih. Po zlomu sovjetskega Semaškovega modela organizacije zdravstva sedaj poznamo različne oblike mešanega lastništva oziroma izvajanja dejavnosti. Od stopnje socializiranosti sistema pa je odvisno, kolikšno vlogo bo imel zasebni kapital bodisi v vlogi zavarovalniških sredstev, lastništva nad sredstvi za delo bodisi pa pri izvajanju dejavnosti.

Če ostanemo v Evropi, imamo glede zasebništva dve državi, ki izrazito izstopata, Nemčijo in Švico, nato pa paletu ostalih držav, ki se različno umeščajo glede na različne uporabljene parametre. Nemčija in Švica izstopata po tem, da imata obe državi precej liberaliziran socialni model zdravstvenega zavarovanja in veliko svobode v sistemu tako za izvajalce zdravstvene dejavnosti kot za bolnike. Slabost obeh držav je predvsem v končni bilanci stroškov. Ti dve državi se namreč sedaj uvrščata takoj za ZDA po deležu BDP, namenjenega za zdravstvo. Dosega že skoraj 11% in postaja cokla nadaljnjemu razvoju. Zato je posebno Nemčija že začela pripravljati javnost na določene nujno potrebne in neizogibne reforme. Najtrši oreh pri tem bodo morebitne omejitve pri vstopu v sistem. Seveda velja ob tem poudariti, da sta sistema v teh dveh državah tako draga zaradi kombinacije naštetih dejavnikov in ne zaradi zasebništva kot takega.

Sistemske primerjave

Velja pravilo, da države v socializiranem, iz davkov financiranem sistemu lažje nadzorujejo stroške, zato so ti sistemi bistveno cenejši, tako po deležu BDP kot seveda po absolutnem znesku, namenjenem za zdravstveno varstvo. Problem teh, t. i. Beveridgevih sistemov je v tem, da ponudba storitev zaradi državne regulative vedno pomembno zaostaja za povpraševanjem.