



138. SKUPŠČINA  
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA  
ZDRAVNIK IN ETIKA

## ZDRAVNIK, NJEGOVE OMEJITVE IN GMOTNE OMEJITVE DRUŽBE

Božidar Voljč

Zavod RS za transfuzijo krvi, Šlajmerjeva 6, 1000 Ljubljana

**Izvelec** – Opravljanje zdravniškega poklica je povezano s številnimi omejitvami strokovne, etične in finančne narave. Gmotne omejitve, ki se tesno prepletajo z ostalimi, zdravniki v javnosti pogosto kritično omenjajo. Znano pa je, da zdravstvu v vseh državah primanjkuje denarja in da ima enaka količina denarja v različnih zdravstvenih sistemih različne učinke.

Pomanjkanje sredstev v zdravstvu je mogoče ublažiti bodisi z več denarja ali z boljšim izkoristkom obstoječih sredstev. V Sloveniji tipični kazalniki po posameznih strokah kažejo, da se zdravstveni denar ne uporablja povsod enako učinkovito, kar je povezano tudi z nekaterimi odprtimi vprašanji zdravstvene politike, kakršno je na primer kategorizacija bolnišnic. Tudi v osnovni zdravstveni dejavnosti se najbolj tipični kazalniki običajno ne prikazujejo.

Čeprav ima Slovenija v zdravstvu namenjenemu odstotku bruto domačega proizvoda (BDP) v primerjavi z razvitimi državami še nekaj rezerve, se pri reševanju gmotnih omejitev v zdravstvu tem vprašanjem pri uvajanju zagotavljanja kakovosti ne bo mogla izogniti. Tudi načela Ljubljanske listine o reformah v zdravstvu so pomembno vodilo pri zagotavljanju ravnotežja z neizogibnimi gmotnimi omejitvami.

V zvezi z omejitvami in zdravniškim poklicem najprej pomislimo na strokovne ali etične omejitve, saj se o njih običajno največ govori. V resnici pa je omejitev še več. Tudi zakonodaja določa pravila, okvire in meje poklicnega dela, z njo v zvezi pa lahko naštejemo še administrativne in organizacijske omejitve, ki se od ustanove do ustanove, pa tudi od države do države v marsičem razlikujejo. Zdravniki pa se na čisto osebni ravni srečujemo tudi z lastnimi mejami psihofizične kondicije. Vse pogosteje razpravljamo o sindromu izgorelosti (1), do katerega v normalnih pogojih dela ne bi smelo prihajati.

Omejitve posebne vrste pa so finančne oziroma gmotne meje, čez katere ne moremo. Te omejitve se povezujejo z vsemi prej naštetimi omejitvami. Lahko rečemo, da so poleg etičnih omejitev prav gmotne omejitve najmočnejše. Zdravniki, še posebej če so direktorji zdravstvenih ustanov, jih javno pogosto omenjajo, včasih tudi na način, ki opozarja na pomanjkljivo znanje o delovanju zdravstvenih sistemov. Zato mi dovolite, da v nadaljevanje razprave o gmotnih omejitvah vpletem nekaj znanih javnozdravstvenih dejstev, ob tem pa omenim tudi druge omejitve, na katere vplivajo.

Začnem naj z resnico, da tudi najbogatejše države za zdravstvene potrebe svojih državljanov in za storitve, ki jih zdravstvo lahko opravi, nimajo dovolj denarja (2). Zdravstveni si-

**Abstract** – Performing in the medical profession is combined with numerous medical, ethical and financial limitations. Doctors publicly rather often critically mention the financial situation, for it is well known, that no country can offer enough money for their health care. It is also known, that the same amount of money does not mean the same in different health care systems.

The shortage of money in health care can be alleviated either by more money or by better use of the existing sources. In Slovenia typical indexes of different health care fields indicate, that health care sources are not used effectively enough, a fact which is a part of some open questions in politics, for instance the categorisation of hospitals. Primary health care seldom publishes its most typical indexes as well.

Slovenia which still has in its percentage of GDP some reserves, will have to consider such situation both in solving financial questions and in the introduction of quality assurance in health care. The principles of the Ljubljana Charter in reforming health care also represent a useful guideline in the search for equilibrium with unavoidable financial limitations.

stem katerekoli države je glede na razvitost njene družbe in tamkajšnjega zdravstva na sebi primeren način vedno soočen s pomanjkanjem denarja. To pomanjkanje je sicer lahko bolj ali manj izrazito, lahko se ublaži ali poslabša, odpraviti pa ga ni mogoče, prav tako kot v zdravstvu ni mogoče odpraviti čakalnih dob, ki so posledica drugega znanega dejstva, da vseh zagotovljenih pravic naenkrat ni mogoče uresničiti. Znano je tudi, da ima zdravstveni denar v različnih državah različne učinke. Če zdravstvena sredstva na državljana na letni ravni povišamo za sto dolarjev, to v razvitih državah komaj kaj pomeni, v nerazvitih pa s tem denarjem lahko dosežemo prave revolucije. Iz tega izhaja, da je treba višino zdravstvenih sredstev v vsaki državi presojeti posebej, obenem pa nas to dejstvo lahko opozori na sebičnost razvitih držav, ki bi z za njih razmeroma majhnimi sredstvi lahko zelo pomagale pri odpravljanju nekaterih največjih zdravstvenih problemov, ki danes pestijo nerazviti svet (3).

Pomanjkanje sredstev v zdravstvu je mogoče ublažiti bodisi z več denarja, bodisi z boljšim izkoristkom obstoječih sredstev ali s kombinacijo obojega (2). Če govorimo o več denarja, na primer o zvišanju prispevne stopnje, nastopi vprašanje, kje so zdravstvu v odstotku bruto domačega produkta (BDP) postavljene meje? Tega odstotka med državami sicer ni mo-

goče primerjati. Pet odstotkov BDP v Švici predstavlja v primerjavi s petimi odstotki BDP v Turkmenistanu komaj predstavljivo razliko. Resnica pa je še hujša: Švica namreč zdravstvu namenja 9,6% BDP, Turkmenistan pa 1,4% (4), obe državi pa sta v Evropski regiji. Zakaj ta primerjava? Ker se tu gmotne omejitve na globalni in politični ravni mešajo z etično odgovornostjo svetovne ter lokalne politike, pa seveda tudi z odgovornostjo zdravnikov v mednarodnih zdravstvenih organizacijah, ki bi morali svetovno javnost na ta dejstva ves čas bolj opozarjati.

Na Gausovi krivulji razvitih držav, kamor sodi tudi Slovenija, so te razlike manjše, vendar omenjena pravila vseeno držijo. V razvitih državah se odstotek BDP za namene zdravstva giblje med 7 in 10 odstotki. Slovenija ima s svojimi 7,9% (4) tu še nekaj rezerv, ki se prav zdaj skušajo vsaj deloma vnovčiti. Seveda se primerjava med Švico in Turkmenistanom na mnogo manj drastičen način ponovi tudi med Švico in Slovenijo. Vendar te primerjave napovedujejo tudi, da se bo z nadaljnjim gmotnim razvojem slovenske družbe obvezno povišala tudi prispevna stopnja za zdravstvo. Tega ne bo mogel preprečiti noben finančni minister, prav tako pa povišanje ne bo odpravilo gmotnih omejitev v zdravstvu. Odstotek zdravstvu namenjenega BDP se je pri nas že v desetletjih po 2. svetovni vojni neprestano povečeval, saj je razvijajoče se zdravstvo ponujalo vedno nove in vedno dražje storitve. Trendu poviševanja prispevnih stopenj pa bodo makroekonomisti prej ali slej postavili mejo, katere zdravstvo zaradi drugih družbenih potreb in dolžnosti države ne bo smelo prestopiti. Ker pa na drugi strani razvoja stroke ni mogoče ustaviti, lahko z veliko zanesljivostjo napovemo, bodo gmotne omejitve zdravstva le večje, ne pa manjše.

Znan zdravstvenopolitični aforizem pravi, da bi zdravniki finančno sesuli vsak družbeni sistem, če bi lahko delali brez vseh gmotnih omejitev. Vendar pa je zdravnikom težko, če bolnikom ne morejo dati tistega, kar potrebujejo. Iz te zadrege izhajajo tudi njihove javne kritike zdravstvenega zavarovanja, ki da ima preveč besede in ki da o vsem odloča, predvsem pa daje drugim zdravstvenim ustanovam bistveno več denarja kot njihovi. In da so seveda že zdavnaj izčrpali vse možne rezerve, tako da o tem ne bi veljalo več razpravljati. Vsi pa vemo, da so v zdravstvu vedno rezerve, pa naj to zveni še tako zoprno in obrabljeno. V Sloveniji smo leta 1992 z novo zakonodajo dosegli, da se vsa za zdravstvo zbrana sredstva porabljajo le v zdravstvu (5). Ne oziraje se na to, ali je denarja premalo ali ne, v Sloveniji vsaj natančno vemo, koliko denarja za zdravstvo zberemo in za kaj ga porabimo. S tem se ne more pohvaliti prav veliko držav. Povsod tam, kjer so prispevki za zdravstvo vključeni v državni proračun, sta tako količina zbranih sredstev kot njihova poraba nepregledni.

Ko govorimo o rezervah oziroma o neracionalni porabi zdravstvenih sredstev, je treba omeniti, da je družba zdravnikom dala pravico, da po svoji presoji razpolagajo z zdravstvenimi sredstvi. Kako jim to uspeva, kažejo tudi kazalniki, ki nam dovoljujejo ocenjevati razvitost in urejenost celega sistema zdravstvenega varstva in ki so razen od načina zdravniškega dela odvisni tudi od odnosa med družbo in zdravstvom. Tak kazalnik je na primer umrljivost dojenčkov, če naštejemo le najbolj znanega med njimi. A tudi vsaka stroka ima nekaj svojih ključnih kazalnikov, ki zanje veljajo, dovoljujejo pa tudi oceniti delo vsakega posameznega zdravnika. Zanimivo je, da te ključne kazalnike javno poredko navajajo, čeprav so prek stroke povezani z vsemi vrstami zdravniških omejitev, ki smo jih naštevali na začetku.

V osnovni zdravstveni dejavnosti so taki kazalniki razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi, odstotek na višji diagnostični nivo napotenih bolnikov, odstotek hospitaliziranih bolnikov, povprečno število bolnikov, pregledanih v eni uri, povprečna cena predpisanega recepta in njihovo število, stopnja bolniškega staleža itd. Če te podatke, ki jih veliko zdravni-

kov ne ve niti zase, primerjamo med posameznimi zavodi, še posebej pa zdravniki – tudi v okviru iste zdravstvene ustanove – bomo morali ugotoviti, da vseh razlik ni mogoče strokovno utemeljiti in da so povezane z znanjem in vsakovrstno odgovornostjo vsakega zdravnika posebej. In da so vsi ti kazalniki tako ali drugače povezani z denarjem, ki pa ga je vedno in povsod premalo. Do enakih ugotovitev bi prišli, če bi med posameznimi slovenskimi bolnišnicami in njihovimi zdravniki primerjali povprečno trajanje hospitalizacij po diagnozi ali stanju, hospitalne infekcije, komplikacije po posegih, porabo zdravil, izkoriščenost opreme in prostorov. Predalec bi nas vodilo, če bi jih naštevali za vsako stroko posebej. Vemo, da poznamo v zdravstvu tudi tako imenovano »prestizno opremo«, ki je običajno zelo draga, nabavlja pa se lahko povsod, ker nimamo ustrezne kategorizacije bolnišnic, čeprav bi potrebe po teh preiskavah ali storitvah lahko zagotovili v sosednji bolnišnici in podobno. Vse to pa stane in je povezano z gmotnimi omejitvami na eni strani in z vsemi drugimi strokovnimi, etičnimi in drugimi omejitvami, o katerih pa se s tem v zvezi običajno ne govori. Vsi ti podatki bodo močno pridobili na veljavi z uvajanjem zagotavljanja kakovosti v zdravstvu, ki se mu tudi v Sloveniji ne bomo izognili. Tudi na sistemski ravni bi kazalo omeniti, da je pojem enovitosti medicine v našem strokovnem pa tudi zdravstvenopolitičnem jeziku tako rekoč nepoznan (2). Zdravstvo delimo na osnovno, ambulantno specialistično in bolnišnično dejavnost, med vsemi ni prave povezave, bolnike si podajamo kot čez prepad. Zlasti veliko stane, ker med osnovnim in hospitalnim zdravstvom ni neposredne povezave v organizaciji in izvajanju zdravstvenih storitev. Vmes so le izvidi, stalež, administracija in bolnikovi potni stroški. Seveda bi slovenskemu zdravstvu delali krivico, če bi rekli, da tega v drugih razvitih državah ni. V revnejših državah je drugače, tam se v zdravstvu spopadajo še s številnimi težavami drugačne vrste.

Zakaj načenjam v zvezi z gmotnimi omejitvami ta vprašanja? Ker so prav v zvezi z njimi zelo pomembna in segajo na vsa področja zdravnikove odgovornosti in zdravniških omejitev. Pričakujemo lahko, da bo v bodočnosti denarja še bolj primanjkovalo kot danes; pomislimo le na vse večje število starejših in starih z vsemi njihovimi stanji telesnega pojemanja, pa na zdravstveno vzgojo, ki znižuje prag stikov z zdravstvom. Zato bo v zdravstvu naraščal pomen vseh teh okoliščin, ki jih bodo spet povezovali z zdravnikovim delom. Določale se bodo prioritete, ponovno in ponovno se bo preverjal obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva in bolnikovih pravic. S tem v zvezi bi rad omenil Ljubljansko listino (6), ki jo je o reformah sistemov zdravstvenega varstva na sestanku v Ljubljani sprejela Svetovna zdravstvena organizacija. Listina ponuja odgovore, kako v okvirih kroničnega pomanjkanja sredstev, ki se bo še zaostriilo, organizirati sisteme zdravstvenega varstva tako, da bodo izpolnjena pričakovanja ljudi oziroma družbe, da bo zagotovljena zdravstvena varnost posameznika, ki sodi med osnovne človekove pravice, in to na način, ki spoštuje tako zahteve stroke na eni kot dostojanstvo človeka na drugi strani. Saj gmotne omejitve ne prizadevajo le zdravnikov. Na veliko bolj boleč način se z njimi srečujemo kot bolniki.

## Literatura

1. Voljč B. Kovačeva kobila, skupno stanovanje in izgorelost. *Zdrav Vestn* 1988; 57: 97–9.
2. Kesič B. *Život i zdravlje*. Zagreb: Stvarnost, 1983: 537–54.
3. WHO Europe. *Health for all in 21<sup>st</sup> century*. Copenhagen: WHO, 1999: 13–5.
4. WHO Europe. *European Health Care Reform*. Copenhagen: WHO, 1997: 30–0.
5. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Ur. list RS* 1992; 9: 577–90.
6. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. WHO Europe 1996.