

Uvodnik/Leading article

UTRJEVANJE VREDNOT IN VZPODBUJANJE SPREMEMB: ZDRAVSTVENA REFORMA 2003

Dušan Keber

Demografske spremembe ter nove tehnologije in zdravila po vsem svetu povečujejo pritiske na zdravstvo. Zaradi boljših postopkov zdravljenja se podaljšuje preživetje bolnikov in povečuje število kroničnih bolnikov. Z družbenim razvojem in vse večjo dostopnostjo informacij se izboljšuje osveščenost državljanov, hkrati pa njihove zahteve. Pričakujejo nove programe, večjo možnost izbire, boljšo odzivnost izvajalcev in lastno sodelovanje pri zdravstveni oskrbi, ki so je deležni. V Sloveniji smo priča enakim trendom (1), obenem pa so demografske spremembe med najneugodnejšimi, saj se število otrok zmanjšuje in starejših ljudi povečuje, stroški za zdravje pa so pri tej slednji skupini skoraj petkrat večji od stroškov v predhodnih življenjskih obdobjih.

Na te izzive se je potrebno odzvati. V večini držav potekajo reforme zdravstvenega varstva ali pa jih načrtujejo in tudi v Sloveniji se odločamo zanjo. Reforma zdravstvenega sistema pomeni znatne spremembe in največkrat zahteva sodelovanje vseh državljanov. Vse spremembe pa potrebujejo stabilne temelje: načela in vrednote, ki morajo ostati nedotaknjene ali jih je potrebno celo okrepiti. Zdravstvene reforme, ki se jih lotevajo moderne socialne države v zadnjem desetletju, si za svoja temeljna izhodišča zastavljajo domala identične vrednote in načela (2-6). Poudarjajo, da mora biti v središču pozornosti zdravstvenega sistema interes državljanov – kar pomeni, da morajo biti interesi izvajalcev ter spremljajočih dejavnosti temu podrejeni, da je potrebno omogočiti dostop do zdravstvenega varstva vsem državljanom – kar pomeni univerzalno zdravstveno varstvo, ki upošteva potrebe vseh ljudi ne glede na njihov materialni položaj, in da mora biti ta dostop pravičen – kar pomeni enako dobro zdravstveno oskrbo za vse ljudi z enakimi zdravstvenimi potrebami. Za te države ni dvoma, da mora biti zdravstveno varstvo v pristojnosti javnega sektorja in da mora njegovo financiranje temeljiti na principu solidarnosti in trajnosti ne glede na to, ali se denar zbira preko davkov, prispevkov socialnega zavarovanja ali kot kombinacija obojega (7-9). Hkrati se te države ne izogibajo raznolikosti med ponudniki zdravstvenih storitev – javnih in zasebnih – v skladu s cilji v posamezni družbi.

Med temi vrednotami sta solidarnost pri financiranju in pravičnost pri dostopu glavna stebra zdravstvenih sistemov vseh socialnih držav. Tako pomembna sta za veliko večino državljanov, da se nanju zaklinjajo celo države, ki uvajajo spremembe v nasprotni smeri. Tudi v Sloveniji imamo nekaj izkušenj s tem: ob reformi v začetku devetdesetih let nihče ni upal javno izreči, da zmanjšujemo solidarnost v sistemu zdravstvenega varstva, pa vendar se je zgodilo natanko to. Delni umik države s področja financiranja zdravstvenega varstva, ki je bil sicer neizogiben ukrep, je bil izveden neustrezno, saj je z uvedbo doplačil za večino zdravstvenih pravic zmanjšal dotedanje skoraj popolno solidarnost pri zbiranju sredstev in breme financiranja v povečani meri prenesel na ekonomsko šibkejšo sloje prebivalstva. Sledil je nezadosten popravek v obliki prostovoljnega zavarovanja za doplačila, ki pa v resnici ni prostovoljno, saj se mu državljan, če nočejo bankrotirati ob vsaki hujši bolezni, ne morejo izogniti. Poleg tega ima prostovoljno

zdravstveno zavarovanje enotne premije, zato posamezniki z najnižjimi dohodki danes prispevajo za zdravje svoje družine (skupaj z obveznim zavarovanjem) že skoraj dva svoja mesečna dohodka na leto, najbogatejši pa manj kot enega. Ta zmanjšana progresivnost pri zbiranju sredstev za zdravstveno varstvo nas je pripeljala v slepo ulico: sistem je še vedno podfinanciran in bi potreboval dodaten denar, s povečevanjem finančnih obremenitev pa bi se najrevnejši državljanji pričeli množično odpovedovati prostovoljnemu zavarovanju, kar bi drastično zmanjšalo njihove možnosti tudi pri uveljavljanju pravic iz obveznega zavarovanja.

Zato je prvi cilj reforme, da to deformacijo odpravimo s ponovno uvrstitvijo pravic, ki so za zdravje in zdravljenje dokazano koristne, v celoti v obvezno zdravstveno zavarovanje. Reforma financiranja vključuje tudi novo oblikovanje seznama pravic iz obveznega zavarovanja in natančnejšo opredelitev postopka, s katerim je možno spreminjati vrsto in količino pravic. Če bodo za nekatere zdravstvene storitve doplačila ostala, bodo socialno limitirana, torej bo tudi pri njih veljal sistem solidarnosti. Doplačila večine državljanov ne bodo več prisiljevala v dopolnilno zavarovanje, odprle pa se bodo možnosti za nove oblike prostovoljnega zavarovanja, ki bo zlasti usmerjen na premožnejše državljanje, na primer hitrejši dostop do zdravstvenih storitev, kjer so v javnem sistemu čakalne dobe. Takoj pa je potrebno dodati, da to ne bo pomenilo preskakovanje seznama čakajočih, ki so zavarovani zgolj obvezno, saj bo prostovoljno zavarovanje moralo v celoti pokrivati vsebino svoje ponudbe. Z drugimi besedami: od takega zavarovanja bodo imeli nekaj koristi vsi, saj bo krajšalo čakalne vrste v javnem sistemu.

Opisana usmeritev obnavlja načeto solidarnost, ne rešuje pa problema podfinanciranja. Resnici na ljubo zgolj za povečanje financiranja ne potrebujemo reforme, temveč družbeno soglasje o tem, kolikšen obseg javnih sredstev za zdravstvo si ob današnji stopnji produktivnosti lahko privoščimo. Ta čas še ni mogoče napovedati, ali bo v bližnji prihodnosti prišlo do povečanja virov, zlasti ker vlada med vplivnimi družbenimi partnerji, kot so delodajalci in sindikati, do te pobude precejšnja zadržanost. Nedvomno bi vztrajanje pri današnjem obsegu, ki je glede na povpraševanje državljanov premajhen, hkrati pa že povzroča izgube, pomenilo nadaljnje redčenje pravic in povečevanje zaostanka za razvojem v razvitejših državah. Med dodatnimi finančnimi viri prihajajo v poštev trajni proračunski priliv v zdravstveno blagajno po vzoru pokojninske blagajne, povečana prispevna stopnja, večja osnova za prispevek samozaposlenih državljanov, druga zavarovanja za povečana tveganja ali kombinacija vsega naštetega.

Drugi cilj reforme je dosedanja netransparentni način plačevanja izvajalcev, ki je ob zanemarjanju razlik v stroških za različne primere zdravljenja prinašal presežke nekaterim in izgubo drugim ter sprožal kopico sprevrženih vzpodbud, kot so podaljševanje ležalne dobe, prepogoste hospitalizacije in nepotrebne napotitve k specialistom, ni pa vzpodbujal učinkovitejših in cenejših oblik dela, kot so dnevna kirurgija, ambulantno zdravljenje in zdravljenje na domu. V okviru reforme

že razvijamo in uvajamo model plačevanja, ki temelji na celovitosti in zahtevnosti zdravstvene oskrbe posameznega državljanja. Osnova so standardni stroški učinkovitega zdravljenja, ki temeljijo na kliničnih smernicah, te pa sledijo načelom na izsledkih temelječe medicine. S tem bo državljan in ne izvajalec tudi v finančnem smislu postal osrednja točka zdravstvenega sistema. Usmeritev, da bo denar sledil bolniku in ne potrebam zdravstvenih ustanov, bo izboljšala dostopnost do zdravstvenih pravic in povečala izenačenost državljanov, ki te pravice potrebujejo.

Reforma pomeni spreminjanje zakonov in podzakonskih aktov in razmeroma sunkovite spremembe obstoječega ravnanja. Načrtovana reforma se navzven kaže kot reforma financiranja, čeprav bodo njene posledice mnogo globlje in bodo posegle domala v vse nevrvalgične točke zdravstvenega varstva. Vzporedno z njo načrtujemo izboljšave zdravstvenega varstva v obliki trajnega razvoja, ki jim prav zaradi evolijskega pristopa po naši presoji ne pritiče naziv reforma, pa čeprav jih v marsikateri državi poimenujejo enako.

Eno takih področij je področje poslovanja, vodenja in upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Za zdravstveni sistem je značilna ohranitev managementa iz prejšnje države z vsemi slabostmi: neracionalnim trošenjem javnih sredstev, slabo in neelastično organiziranostjo, avtoritarnim vodenjem namesto vodenja z učenjem, prilaganjem potrebam izvajalcev in ne uporabnikov, (pol)koruptnimi odnosi na področju nabave zdravil, opreme in potrošnega materiala – in na koncu – zavračanjem potrebnih sprememb. Poleg tega v sistemu ni učinkovitega nadzora upravljalke funkcije, ki naj bi jo izvajali sveti zavodov. Razvoj upravljalke in managerske funkcije bo moral temeljiti na učinkovitejši izrabi virov, na poenotenju in razvoju kazalcev kakovosti in učinkovitosti poslovanja in upravljanja, na vpeljavi učinkovitih poslovnih orodij in na doslednji izpeljavi odgovornosti za poslovanje in strokovni razvoj.

Drugo tako področje je javno zdravstvo. V naši državi še vedno razlikujemo med zdravjem posameznikov in javnim zdravstvom. V kurativni medicini je posameznik središče vsega, vendar pa zgolj skupek dejanj, izvedenih na individualni ravni, še ne zadostuje za pravičen, učinkovit in zmožljiv sistem zdravstvenega varstva. Poleg posameznika moramo videti tudi skupine državljanov oziroma vso populacijo. Razumevanje in reševanje zdravstvenih problemov na ravni prebivalstva je zaradi prevladujoče skrbi za posameznika deležno premajhne pozornosti. Brez populacijskega pogleda se zdravstveni sistem ne more pravilno pripravljati na bodoče premike. Individualno obravnavanje bolezni – če je še tako bistveno – ni dovolj. Skrb za javno zdravstvo ni nič drugega kot dolžnost sodobne-

ga organiziranja delovanja zdravstvenih služb in ne implicira povečanja etatizacije medicine in zdravstva, prej nasprotno. Zato je v pripravi dopolnjen nacionalni program zdravstvenega varstva, ki bo večji poudarek kot dosedanji dal področju javnega zdravja. Vseboval bo celovito strategijo varovanja in krepitve zdravja ter zmanjševanja razlik v zdravju, nacionalno prehransko politiko, politiko do legalnih in nelegalnih drog, politike na področju vzpodbujanja telesne dejavnosti in varovanja duševnega zdravja ter varovanja in krepitve zdravja na delovnem mestu. Cilj je državljan, ki že v mladosti pridobi dovolj znanja in vrednot, ki ga usmerjajo v zdrav način življenja.

Temeljna vodila reformnih in evolijskih prizadevanj zdravstvene politike v prihodnjem obdobju bodo torej povečana solidarnost, povečana odzivnost na potrebe državljanov, povečana odgovornost vseh uporabnikov in izvajalcev zdravstvenega varstva, pravična in učinkovita delitev sredstev, povečana dostopnost vseh državljanov do zdravstvenih storitev, izboljšano varovanje pravic bolnikov, stalna rast kakovosti zdravstvenih storitev in povečana soudeležba državljanov pri odločanju. Zdravstveno varstvo bo tudi v prihodnosti ostalo v pristojnosti javnega sektorja, pravzaprav ena od njegovih najpomembnejših funkcij, financiranje pa bo prav tako ostalo prevladujoče javno. Ob pogoju, da se ohranja in utrjuje javna zdravstvena mreža, pa bomo še naprej omogočali različne oblike zasebnega izvajanja zdravstvenih storitev. Za spremljanje uresničevanja take politike bo potrebno dograditi sistem za spremljanje in analizo zdravja državljanov in stopnjo njihovega zadovoljstva s sistemom zdravstvenega varstva.

Literatura

1. Albrecht T, Česen M, Hindle D et al. Health care systems in transition: Slovenia. European Observatory on Health Care Systems, 2002: 1–90.
2. Health Policy Studies. Health care reform. The will to change. OECD, 1999: 1–94.
3. The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform. Department of Health, 2000: 1–144.
4. Romanow RJ. Building on values. The future of health care in Canada – final report. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002: 1–356.
5. Kenny NP. What good is health care? Ottawa: CHA Press, 2002: 1–237.
6. Mossialos E, McKee M. EU Law and the social character of health care. Bruxelles: P.I.E.-Peter Land, 2002: 1–259.
7. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J eds. Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002: 1–309.
8. Working Group of Domestic Resources for Health. Mobilization of domestic resources for health. WHO, 2002: 1–165.
9. Mossialos E, Thompson S. Voluntary health insurance in the European Union. Report for the directorate for Employment and Social Affairs of the European Commission, 2002: 1–189.