

blizno 8 odstotkov. V zadnjih desetih letih pa je porasel na 21 odstotkov. Ob tem pa so bile v Sloveniji doslej narejene tudi tri raziskave s področja napotitev (13, 14, 19), ki so vse pokazale na velike razlike med zdravniki. Rezultati teh raziskav in podatkov zdravstvene statistike kažejo na nekatere značilnosti napotitev v Sloveniji. Odstotek napotitev je v primerjavi z drugimi evropskimi državami sorazmerno visok. Med napotitvami prevladujejo ponovne napotitve, večina napotitev je rutinskih in nanje bolniki nimajo vpliva. Podatki med zdravniki v osnovni zdravstveni dejavnosti in specialističnimi ustanovami se izmenjujejo hitro (14), vprašanje pa je, kakšna je njihova učinkovitost. Kaže pa, da je ravno kakovost napotitev v Sloveniji majhna, saj je bilo v slovenski študiji ugotovljeno, da je npr. samo polovica napotnic berljivih in da so znaki slabe komunikacije med zdravnikom specialistom in zdravnikom v osnovni zdravstveni dejavnosti ugotovljeni v kar 67% primerov napotitev (20).

### Variabilnost in kakovost

Poseben problem je velika variabilnost med zdravniki (21, 22). Avtorji, ki se ukvarjajo z izdelavo meril za kakovost zdravnikovega dela, se strinjajo, da je odstotek bolnikov, ki jih zdravnik družinske medicine pošlje k specialistu, eden izmed kazalcev uspešnosti njegovega dela (23–25), vendar je težava pri ocenjevanju primernosti dejstva, da samo odstotek napatitih bolnikov ni primeren kazalec za vrednotenje kakovosti zdravnikovega dela. Zaradi tega obstajajo le zelo ohlapna priporočila, ki pravijo, da naj bi bila zgornja meja napotitev 10% in spodnja 2%. Zdravnik, ki pošilja k specialistu pogosteje od zgornje ali redkeje od spodnje meje, naj bi to znal utemeljiti (26). Zadnji objavljeni predlog meja za Slovenijo naj bi bil med 5 in 15% (15), vendar je bil tudi ta v zadnjem času presežen, kar kaže na krizo..

Pomembnejši kot odstotek pa je vsebina napotitve. Žal se zdravniki bolj podrejujejo administrativnim zahtevam po ustrezni napotnici kot strokovnim. Prihodnost, ki bo prinesla tudi druge možnosti komunikacije med zdravnikom v osnovni in specialistični dejavnosti, od katerih se nekatere že uvajajo: od preprostega telefona do elektronske pošte, interneta in video-povezav s specialistično službo (29–31) bo izboljšala stanje na tem področju, vendar se v zadnjem času na tem področju ni zgodilo nič omembe vrednega in nas tako prehitevajo nekatere države, ki so po razvitosti daleč za nami.

### Zaključki

V Sloveniji se soočamo z rastočim povečevanjem potreb po specialističnih storitvah, kar kaže na krizo sodelovanja med primarno in sekundarno ravni in strokovno utemeljenih ukrepov na tem področju.

V kakršni koli obliki sodobnega zdravstvenega varstva bolnik vedno potrebuje obe ravni zdravstvenega varstva. Od njihovega sodelovanja je odvisen nadaljnji razvoj zdravstvenega varstva. Tudi ugled in uspešnost enih in drugih rasteta le z dobrim sodelovanjem. Delovne okoliščine obeh so sicer različne, a povsem enakovredne..

### Literatura

1. Anon. Specialisation, centralised treatment, and patient care. *Lancet* 1995; 345: 1251–2.
2. German K, Nuwahid F, Matthews P, Stephenson T. Dangers of long waiting times for outpatient appointments at a urology clinic. *BMJ* 1993; 306: 429.
3. Anon. Wide variations in hospital waiting times and lists. *Br Med J* 1985; 290: 577–8.
4. Golding J. Waiting time for urgent appointments. *Br Med J* 1987; 294: 370.
5. Anon. Waiting times for diagnosis and treatment: DHSS initiative. *Br Med J* 1986; 292: 1154.
6. Targets for health for all. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 1985.
7. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021–5.

8. Voljč B. Razlike med bolnišnično in splošno medicino. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD; 1992. p. 89–95.
9. Westin S, Johnsen R. List-based systems and gatekeeping on the international agenda. *European Journal of General Practice* 1998; 4(2): 53–4.
10. Olesen F, Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. *European Journal of General Practice* 1998; 4(2): 81–3.
11. Halm EA, Causino N, Blumenthal D. Is gatekeeping better than traditional care? *JAMA* 1997; 278: 1677–81.
12. Taylor TR. Pity the poor gatekeeper: a transatlantic perspective on cost containment in clinical practice. *Br Med J* 1989; 299: 1323–5.
13. Voljč B. Analiza specialističnih pregledov zavarovancev občinske zdravstvene skupnosti Ribnica s predlogi za cenejšo doktrino (magistrska naloga). Zagreb: Medicinska fakulteta, Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«; 1981.
14. Švab I. Multivariatna analiza vzrokov napotitev iz splošnih ambulant (doktorska disertacija). Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1993.
15. Košir T. Napotitve bolnikov k drugim zdravnikom. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD; 1992. p. 188–92.
16. Hemenay D. Testing for physician - induced demand with hypothetical cases. *Med Care* 1985; 23: 344–9.
17. Grol R, Whitfield M, DeMaessener J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 134–6.
18. Roland M, Grimshaw J, Grol R, Shanks D, Johnson A, Russell I, Taylor R. Do general practitioner attitudes and characteristics of their practices explain patterns of specialist referral? *The European Journal of General Practice* 1997; 3(4): 143–7.
19. Ratkajec I. Napotitve pacientov na specialistične preglede in bolnišnično zdravljenje v okviru integriranega zdravstvenega varstva v občinah Sentjur in Šmarje (magistrska naloga). Zagreb: Medicinska fakulteta; 1979.
20. Govc-Eržen J. Sporazumevanje med zdravniki v osnovni in specialistični dejavnosti. *Zdrav Var* 1994; 33: 9–12.
21. Crombie DL, Fleming DM. Practice activity analysis. *JR Coll Gen Pract* 1988; 41: 1–47.
22. Crombie DL, Fleming DM. Comparison of Second national morbidity study and General household survey 1970–71. *Health Trends* 1986; 18: 158.
23. Sheldon MG. Medical audit in general practice. *JR Coll Gen Pract* 1988; 20: 1–21.
24. Difford F. Defining essential data for audit in general practice. *Br Med J* 1990; 300: 92–4.
25. Penney TM. Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie? *Br Med J* 1988; 297: 28–9.
26. Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. London: JR Coll Gen Pract 1992; 56.
27. Jacques LB. Family practice in an era of rapid change. In: Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, Ebell MH, eds. Essentials of family medicine. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998. p. 70.
28. Newton J, Hutchinson A, Hayes V, McColl E, Mackee I, Holland C. Do clinicians tell each other enough? An analysis of referral communications in two specialties. *Fam Pract* 1994; 11: 15–20.
29. Grundmeijer H. General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? *European Journal of General Practice* 1996; 2: 53–4.
30. Manian FA, Janssen DA. Curbside consultations. *JAMA* 1996; 275: 145–7.
31. Kersnik J, Berčič B, Rems M. Elektronska izmenjava medicinskih podatkov med primarno in sekundarno ravni v okviru elektronskega regijskega omrežja. *Zdrav Vestn* 1999; 68: 503–5.

## RAZMERJE MED ZASEBNIM IN DRŽAVNIM JAVNIM ZDRAVSTVOM

*Anton Židanik*

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS št. 9/92 uradno prečiščeno besedilo Ur. l. RS št. 36/2004) je že leta 1992 omogočil izvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti.

Pomemben je drugi odstavek tretjega člena, ki pravi: »Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije.«

Izjeme določa 38. člen, ki prepoveduje zasebno zdravstveno dejavnost na področjih:

- preskrbe s krvjo, krvnimi pripravki, odvzema in hranjenja človeških organov za presajanje,

- socialnomedicinske, higienske, epidemiološke in zdravstveno-ekološke dejavnosti ter
- patoanatomske dejavnosti.

V šestih mesecih po uveljavitvi zakona se je morala ustanoviti Zdravniška zbornica, Ministrstvo za zdravstvo pa sprejeti izvršilne predpise. Pri tem je bilo potrebno doreči vsebinsko in pravno formalno obliko koncesijskih pogodb, ki so jih na primarni ravni podeljevale občine, na sekundarni ravni pa Ministrstvo za zdravstvo. Predpogoj za sklepanje pogodb z zasebniki koncesionarji pa je bila standardizacija posameznih dejavnosti (najpogosteje na podlagi povprečij), saj se je do takrat obseg dela posameznega zdravstvenega delavca skrival v pavšalih oz. v pogodbah med ZZSZ in javnimi zavodi. Te pogodbe so zagotavljale finančne pogoje za zmogljivosti in za delo posameznih zavodov. Razlike v Sloveniji v dostopnosti do zdravstvenih storitev, številu zdravstvenih delavcev in sestavi tima so bile do 200%.

Zdravstvena politika je bila pred težko odločitvijo. Na eni strani sprememba družbenopolitičnega sistema in uvedba tržnega gospodarstva ter želja, da model razvitih držav sveta na področju izvajanja zdravstvenega varstva prenese v naše okolje, saj bi se z zasebno pobudo in uveljavljanjem ekonomskih zakonitosti na javnih socialnih področjih povečala učinkovitost, uspešnost in gospodarnost javnih služb ter zmanjšalo ekonomsko breme javnega finančnega sektorja (1), na drugi strani pa je vedela, da je bila socialna varnost prebivalstva sorazmerno visoka, zdravstvo pa je ob 2- do 3-krat nižji porabi na glavo prebivalca kot v razvitih državah sveta zagotavljalo njim primerljive rezultate.

Zato se je v zdravstveno reformo spustila nepripravljena, prehitro, stihijsko in brez jasne vizije. V Zakon o zdravstveni dejavnosti je celo v prehodnih določbah zapisala v 94. členu: »Do sprejema plana zdravstvenega varstva deluje mreža zdravstvene službe največ v obstoječem obsegu.

Do sprejema meril za mrežo javne zdravstvene službe ni dovoljeno investirati v nove prostorske zmogljivosti.«

S tem so bila za kar nekaj let zavrta večja investicijska vlaganja v zdravstveno mrežo, predvsem na primarni ravni, saj zasebni kapital ni zmož nadomestiti tedanjih referendumskih samoprispevkov, proračuni občin pa se ob takih usmeritvah tudi niso bili pripravljeno obremenjevati.

Vodstva javnih zavodov niso imela usmeritve glede strokovnega razvoja, uvajanja nove tehnologije ter načrtovanja specializacij.

Zdravstvena politika je imela tedaj idealno priložnost, da bi v t. i. prehodnem obdobju razpisala koncesije na demografsko ogroženih območjih, v kadrovsko deficitarnih regijah ter povsod tam, kjer so bili ljudje nezadovoljni s kakovostjo in dostopnostjo zdravstvenih storitev.

Zdravstvena zavarovalnica je imela možnost, da razpiše program ter sklene pogodbo s tistim, ki bo nudil kvalitetnejše, cenejše in prebivalstvu dostopnejše zdravstvene storitve.

Tako pa je bila koncesija podeljena vsakomur, ki je zanjo zaprosil (predvsem v začetnem obdobju), praviloma zdravnikom v najbolj produktivnem življenjskem obdobju, z največjo glavarino in v okolju s koncentriranim prebivalstvom, kjer ni obstajala nevarnost, da ne bi imeli dovolj storitev.

S tem pa je postalo izvajanje zdravstvenega varstva v že omejenih deficitarnih področjih še toliko bolj kritično.

ZZSZ vsako leto sklene pogodbo najprej z zasebnikom koncesionarjem, program in finančna sredstva pa odšteje zavodu, kjer je bil le-ta zaposlen.

Anketirani koncesionarji so kot razlog svoje odločitve za prehod v zasebno prakso praviloma na prvih mestih navajali (2) večjo strokovno in poslovno svobodo ter šele nato finančno uspešnost in zaslužek. Ker pa se javni zavod in zasebnik koncesionar financirata po enakih merilih iz istega vira ob že omenjeni podrejeni vlogi zavoda ob samem razpisu in oddaji programov ter obravnavata enako populacijo,

ekonomska uspešnost in tržnost enega otežkoča poslovanje drugemu. Zato ni bilo pričakovati med njima ne vem kako velikega sodelovanja.

Le redki so ostajali na nekdanjih lokacijah, pa še ti so bili v pogostih sporih z vodstvom javnih zavodov glede višine najemnin, odkupa ali najema osnovnih sredstev in drobnega inventarja, da ne govorim o refundiranju sredstev za specializacije. Zdravstveni zavodi so se soočali s presežki kadrov, saj so koncesionarji praviloma odpeljali s seboj le minimalno število sodelavcev ter drastično zmanjšali koriščenje laboratorijskih, zobnoprostetičnih in servisnih storitev. Prišlo je do trganja kolegijskih vezi, nastajali so problemi pri zagotavljanju dežurne in urgentne službe.

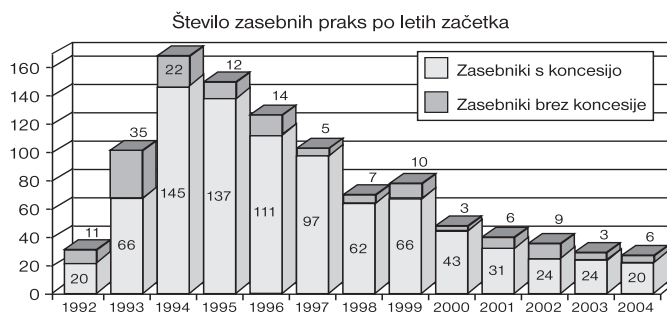
Ogromno črnila je od leta 1992 bilo prelitega na račun plačevanja najemnin, ki jih javni zavodi svojim ustanoviteljem ne plačujejo, medtem ko so zasebniki dolžni plačevati najemnine za prostore.

Najemnina je namenjena izključno za potrebe investicijsko vzdrževalnih del, sredstva pa imajo tako zasebniki koncesionarji kot javni zavodi zagotovljena preko materialnih standardov (glej Splošni dogovor 2005, kjer v drugem odstavku 15. člena piše: »Sredstva za materialne stroške vključujejo tudi sredstva za investicijsko vzdrževanje in obvezno strokovno izpopolnjevanje zdravnikov«).

Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije (3) se je za zasebno dejavnost odločilo v obdobju od 1992 do 2004 989 zdravnikov in zobozdravnikov, kar je ca. 20% vseh aktivnih zdravnikov.

#### Razpr. 1. Dinamika prehoda zdravnikov v zasebno prakso.

Leto začetka	Zasebniki s koncesijo	Zasebniki brez koncesije	Skupaj	Zasebniki - podjetja
1992	20	11	31	
1993	66	35	101	
1994	145	22	167	
1995	137	12	149	
1996	111	14	125	
1997	97	5	102	
1998	62	7	69	
1999	66	10	76	
2000	43	3	46	
2001	31	6	37	
2002	24	9	33	182
2003	24	3	27	215
2004	20	6	26	229
Skupaj	846	143	989	



Sl. 1. Dinamika prehoda zdravnikov v zasebno prakso.

Ker le redki zdravniki na sekundarni ravni izvajajo izključno ambulantno specialistično dejavnost, bi splošnim bolnišnicam njihov odhod ob podelitvi koncesije povzročal nemalo težav, zato je njihov delež med zdravniki koncesionarji sorazmerno nizek.

Večji delež je na primarni ravni, kjer skupno z zasebniki brez koncesije dosega 37,41-odstotni delež vseh aktivnih zdravnikov, na področju zobozdravstva pa celo prek 54%.

## Razpr. 2. stanje zaposlenih zdravnikov v ZD ter zasebnikov s koncesijo in brez nje.

Primarna raven	Zdravstveni dom	Zasebniki s koncesijo	Zasebniki brez koncesije	Skupaj primarna raven	Delež zasebnikov s koncesijo v %	Delež vseh zasebnikov v %
Splošni zdravniki	196	44	3	<b>243</b>	18,11	19,34
Ginekologi	71	44	2	<b>117</b>	37,61	39,32
Družinska medicina	542	149	0	<b>691</b>	21,56	21,56
Pediatri	236	44	0	<b>280</b>	15,71	15,71
<b>Skupaj zdravniki</b>	<b>1045</b>	<b>281</b>	<b>5</b>	<b>1331</b>	<b>21,11</b>	<b>21,49</b>
Splošni zobozdravniki	470	457	126	<b>1053</b>	43,40	55,37
Zobozdravniki specialisti	83	66	20	<b>169</b>	39,05	50,89
<b>Skupaj zobozdravniki</b>	<b>553</b>	<b>523</b>	<b>146</b>	<b>1222</b>	<b>42,80</b>	<b>54,75</b>
<b>Skupaj primarna raven</b>	<b>1598</b>	<b>804</b>	<b>151</b>	<b>2553</b>	<b>31,49</b>	<b>37,41</b>

Vir: Register ZZS z dne 15. 2. 2005 - tabela članstvo

Izjemen skok beležimo v letu 2005, ko je bilo podeljenih 207 koncesij, zaradi prepozne vloge na razpis ZZS pa sklenjenih 196 pogodb z novimi zasebniki koncesionarji. Od teh jih je le 44 posredovalo celovite vloge do dneva, objavljenega v razpisnih pogojih ZZS (4).

Ne samo, da 11 prosilcem ni uspelo pravočasno registrirati svoje dejavnosti, temveč se še sedaj velik del novih koncesionarjev dogovarja z javnimi zavodi za pogoje, pod katerimi bodo z njimi sodelovali.

Omeniti velja predvsem ne tako majhno število *zasebnikov brez koncesije*, predvsem na področju zobozdravstva, ki so se za takšno obliko delovanja odločili zaradi preprostejšega prehoda iz javnega zavoda, računajoč na možnost določanja lastne, praviloma višje cene storitev. To bi opravičevali z višjim standardom, z delovanjem na deficitarnih področjih in tam, kjer so daljše čakalne dobe.

Glede na konkurenco samoplačniških ambulant in samoplačniških storitev, črne prakse ter omejene finančne zmožnosti prebivalstva obstaja njihov čedalje večji interes, da pridobijo koncesijo.

Ker pa so javni zavodi njihove odhode nadomestili z novimi zaposlitvami, ZZS pa ne pristaja na širitve programov, so te želje praktično neuresničljive.

Skoraj nerešljiv problem ugotavljam na področju *osebnega zdravnika*, kjer je na nosilce dejavnosti v splošnih ambulanzah, otroških in šolskih dispanzerjih v povprečju 1610 zavarovanih oseb (glej drugi člen Področnega dogovora za ZD in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2005).

Če bi se populacija opredelila izključno za svoji starosti ustreznega specialista, bi prišlo na splošnega zdravnika približno 1860, na otroškega zdravnika 790 in na šolskega zdravnika 1500 bolnikov.

Ob uvedbi osebne zdravnika nismo določili zgornjega limita števila opredeljenih zavarovanih oseb, kar bi bil predpogoj za ustrezno mrežo ambulant, za približno enakomerno obremenitev zdravnikov ter posledično enakomernih dnevnih čakalnih dob.

Zdravstvena zavarovalnica je obljubljala zdravnikom, da bodo njihove plače odvisne od števila opredeljenih oseb, bolniki, predvsem starejši in kronični bolniki, pa so se množično vpisovali pri zdravnikih, ki so izstopali po svojih sposobnostih. Tako so bili ti zdravniki »nagrajeni« s čezmerno obremenitvijo, razen tega pa so si nekateri »nabrali« prek tritisoč pacientov.

Področni dogovor za ZD in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2005 v svojem 6. členu določa: »Posamezni zdravnik za poln program ekipe v splošnih ambulanzah, otroških in šolskih dispanzerjih pri izračunu obveznosti lahko preseže sedanje povprečno število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika. Pripadajoči glavarinski količniki se priznajo v celoti do 2250 opredeljenih zavarovanih oseb (2903 količnikov), nato pa po regresijski formuli: 90% količnikov za 2250 do 2500 opredeljenih zavarovanih oseb (od 2904 do 3225 ko-

ličnikov), 80% količnikov za 2500 do 2750 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3226 do 3548 količnikov) in 70% količnikov za 2750 do 3000 opredeljenih zavarovanih oseb (3549 do 3870 količnikov)«.

Glavarina se korigira s količniki, ki so odvisni od starosti bolnika:

Starost v letih	Število količnikov
0	3,0
1-6	1,90
7-18	0,88
19-49	0,84
50-64	1,4
65-74	2,2
75 ali več	3,0

Zasebniku koncesionarju omenjeni sistem financiranja izjemno ustreza, saj ima fiksne stroške ambulante (plače, amortizacija, funkcionalni stroški) pokrite že s povprečnim številom opredeljenih oseb, variabilni stroški, ki so posledica večjega števila opredeljenih oseb, pa znašajo le pribl. 15% vseh stroškov.

Drugače je z zaposlenimi v javnem zavodu, kjer se financiranje izvaja na podlagi povprečij vseh ambulant, posameznega zdravnika, ki ima nadpovprečno število opredeljenih oseb, pa je možno nagraditi le z 20-odstotno stimulacijo.

Zato se je večina z nadpovprečno glavarino podala na pot zasebnika koncesionarja, zdravniki s podpovprečno glavarino pa so ostali v zavodu, saj samostojno ne bi mogli preživeti. Tako z vsakim odhodom zdravnika v zasebno prakso postaja poslovanje ZD vedno težje, posebno še ob dejstvu, da ZZS koncesionarju skozi omenjeni sistem pokriva temu ustrezno ekipo, ki jo finančno odšteje ZD, medtem ko je zasebnik praviloma odšel le z eno medicinsko sestro oz. zdravstvenim tehnikom.

Problem je ob trenutnem pomanjkanju zdravnikov (velik del plačanega programa v javnih zavodih se uresniči z upokoženim - reaktiviranim zdravnikom oziroma z nadurnim delom), pravici bolnikov do izbire zdravnika in finančnem interesu zasebnikov praktično nerešljiv.

Posledice se bodo nedvomno kmalu pokazale v izgorevanju preobremenjenih zdravnikov. K temu pripomore dejstvo, da mora osebni zdravnik skrbeti za zanj opredeljene bolnike 365 dni v letu bodisi sam bodisi z nadomestnim zdravnikom ter da jih ne sme pomanjkljivo obdelane prepustiti sekundarni ravni.

Veliko lažje je ostalim *specialistom koncesionarjem in zobozdravnikom*, ki že ob podpisu pogodbe vedo, koliko točk oz. storitev morajo opraviti v dogovorjenem obdobju. S pomočjo čakalne knjige si bolnike enakomerno prerazporedijo, tako nastala čakalna doba pa jim omogoča izvajanje samoplačniških storitev. Za ZZS je pomembno le, da jih izvajajo zunaj rednega delovnega časa.

Zaradi težav pri organiziranju dela in poslovanja, ki so jih ob odhodu povzročili javnim zavodom, predvsem bolnišnicam, so bili medsebojni odnosi z vodstvom zavoda porušeni. Praviloma so se selili iz bolnišnic, posledično pa imajo še danes nekateri oddelki težave pri zagotavljanju dežurstev.

Glede na nizko vrednotenje dežurnih ur se zasebnik koncesionar ni pripravljen prostovoljno vključevati v dežurstvo, kar pa bi mu po drugi strani omogočilo stalen stik s stroko in zavodom, s katerim obravnavata iste bolnike.

Nedvomno bo potrebno sprejeti anekse h koncesijskim pogodbam, ki bi nastalo situacijo razrešili.

Specifični problem so *fizioterapevti koncesionarji*. Tem so občine, v želji približati svojim občanom storitve, kjer so dolge čakalne dobe, velikodušno podeljevale koncesije ter izvisoko usposobljenih in tehnično dobro opremljenih teamov javnih zavodov, da ne govorim o zdraviliščih, iztrgale posa-

meznike, ki svoje, najpogosteje enostavne storitve neselektivno realizirajo s starejšimi in kroničnimi bolniki.

S tem zmanjkuje program za akutne primere pretežno aktivne populacije in posledično narašča dolga odsotnost z dela. Poglavje zase so *nenujni reševalni prevozi*, kjer ZZZS pokrije le dogovorjeni obseg programa, ki znaša v primeru nenujnega prevoza le 30% cene, medtem ko komercialne zavarovalnice, pri katerih so bolniki prostovoljno zavarovani, pokrijejo razliko do 100%. Te zavarovalnice so dolžne plačati tudi svoj del cene celotnega preseženega programa.

Zato je zasebniku finančno zanimivo, da vzame na lizing večje število vozil, kilometrino ustvarja na daljših relacijah in z istočasnim prevozom večjega števila zavarovancev ustvarja dobiček, mestne vožnje in prenos bolnikov z nosili v višja nadstropja pa prepušča reševalnim službam ZD.

Če se bodo obstoječe anomalije nadaljevale, če bo zasebna praksa prevzemala le profitabilne dejavnosti, stroškovno drage pa prepuščala javnim zavodom, če se bo iskal dobiček v omejevanju pravic in zniževanju standarda ranljivim skupinam populacije, lahko napovedujemo le slabšanje socialne varnosti in zdravstvene skrbi za populacijo.

Prehod mešanega zasebno-državnega javnega sistema v čisti zasebni javni sistem na področju osnovnega zdravstvenega varstva je preobčutljiv, da bi se ga lotili s političnimi akcijami, brez konsenza s socialnimi partnerji in preko noči.

Preden se spustimo v temeljitejše reforme, je potrebno v večji meri vzpostaviti partnerski odnos med zasebniki koncesionarji in javnimi zavodi, vodstvom zavodov pa omogočiti večjo svobodo pri maksimiranju delovnega časa in pri plačni politiki.

Predvsem pa je potrebno izenačiti pogoje poslovanja med javnimi zavodi in zasebniki koncesionarji, začenši:

- z razpisom koncesij in izbiro najboljšega ponudnika;
- z možnostjo izvajanja samoplačniških storitev v celotnem sistemu;
- s kadrovske sestavo tima glede na dogovorjene standarde;
- s plačilom davkov in prispevkov v višini, ki je zajeto v finančnem načrtu in podpisani pogodbi z ZZZS;
- z omogočanjem menedžmentu javnih zavodov fleksibilnejše nagrajevanje in določanjem obsega delovnega časa (Zakon o sistemu plač v javnem sektorju?!, Kolektivne pogodbe?!, delovnopravna zakonodaja?!).

Če lahko za preteklih 13 let trdimo, da se je zdravstvena politika spustila v zdravstvene reforme na področju izvajanja zasebne prakse nepripravljena, prehitro, stihijsko in brez jasne vizije, *naj za prihodnost to ne velja*.

## Viri

1. Židanik A, Košir M. Zasebna dejavnost v osnovnem zdravstvu. 6. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Čatež, april 1999.
2. Fakin S. Primerjava zasebne ambulante splošne medicine z ambulanto splošne medicine v ZD. Strokovni posvet Primarno zdravstveno varstvo. Ljubljana: Medicinska fakulteta v Ljubljani, Inštitut za socialno medicino, december 1995.
3. Dobnikar B. Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti 1992–2005. Povesje o privatizaciji v zdravstvu. Zdrav Vestn 2005; 74: 464–71.
4. Zupanič M. Bolniki na pregledu v Ljubljani, na operaciji v Izoli. Delo dne 12. 10. 2005.

## ENOVIT SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

*Pavel Poredoš*

**Izveček** – *Po obdobju cepitve zdravstvenega varstva na različne ravni in osamitvi posameznih vej medicine so v svetu vedno bolj prisotne težnje po povezovanju. Uveljavlja se si-*

*stem enovitega zdravstvenega varstva, ki odpravlja stroge ločnice med posameznimi ravni in bolnikom omogoča celovito ter neprekinjeno zdravstveno varstvo, hkrati pa olajša prehode med različnimi ravni. Med pogoje za enovito delovanje zdravstvenega sistema sodijo: tesnejše povezovanje med različnimi strokami in različnimi ravni zdravstvenega varstva, skladen razvoj vseh strok, enotna zdravstvena dokumentacija in kakovosten informacijski sistem. V svetu se vedno bolj uveljavlja tudi vodenje bolnikove dokumentacije v elektronski obliki in elektronsko predpisovanje zdravil, kar vse prispeva k poenotenju zdravstvene dokumentacije, omogoča hiter in enostaven dostop do informacij ter spremljanje kakovosti dela posameznih zdravstvenih delavcev in sistema kot celote. Enovit sistem zdravstvenega varstva tako ustvarja pogoje za kakovostno, racionalno in stroškovno učinkovito delovanje.*

## Uvod

Zdravstveno varstvo je eden največjih in organizacijsko najzahtevnejših sistemov. Sistem zdravstvenega varstva je namreč zelo razvejan in mora pokrivati najosnovnejše interese vsakega posameznika, po drugi strani pa je delovanje sistema povezano z izjemno velikimi stroški, ki se z razvojem medicine nenehno povečujejo. Zato je razkorak med razpoložljivimi sredstvi in potrebami oz. zmogljivostjo zdravstvenih sistemov vedno večji. V preteklosti, ko medicina še ni bila do te mere razvejana in razdrobljena, kot je danes, je bil zdravstveni sistem organizacijsko lažje obvladljiv. Z razvojem medicinske stroke in tehnologije, ki sta omogočili natančnejše poznavanje posameznih procesov in tehnološko zahtevne vrhunske posege, je enotnost zdravstvenega sistema vedno bolj izgubljala. Uveljavljale so se subspecialne veje medicine, ki ponujajo storitve na najvišji strokovni ravni, toda neredko tudi na račun nesprejemljivo visokih stroškov. Vrhunski posegi so namreč pogosto povezani z drago opremo in porabo materialov, ki po ceni izrazito odstopajo od običajnih zdravstvenih storitev. Takšen razvoj je za napredek stroke nujen, a s seboj nosi določene pasti. Na račun pretiranega poudarjanja pomena subspecialističnih dejavnosti je bilo neredko zapostavljeno osnovno zdravstvo, ki je in bo tudi v prihodnje temelj delovanja slehernega zdravstvenega sistema. Osnovno zdravstvo namreč predstavlja glavni vir zadovoljevanja zdravstvenih potreb celotne populacije, zato je od njegove učinkovitosti v pretežni meri odvisna kakovost delovanja celotnega zdravstvenega sistema. Z uveljavljanjem in z osamosvajanjem posameznih subspecialističnih dejavnosti je začela razpadati tudi enotna organizacijska shema zdravstvenega varstva. Namesto da bi se te dejavnosti, ki so nadgradnja sistema osnovnega zdravstvenega varstva, integrirale v obstoječo zdravstveno strukturo, katere osnova je splošna zdravstvena dejavnost, so se razvili vzporedni sistemi organizacije in financiranja specialistične dejavnosti. Zdravstveni sistem se je razcepil na različne ravni, ki delujejo bolj ali manj nepovezano. Tako se ob prehodu bolnika iz ene na drugo raven prekinja kontinuiteta obravnave. Zaradi pomanjkljivega prenosa informacij med različnimi ravni in neenotnega informacijskega sistema se pri napotitvi bolnika na višjo raven celotna zgodba o njegovi boleznici pogosto začne na novo. Zaradi nedostopnosti vpogleda v rezultate že opravljenih preiskav se le-te po nepotrebnem ponavljajo. Zdravnik specialist, ki se z bolnikom sreča le bežno, pa nima na voljo vseh, neredko tudi zelo pomembnih informacij o bolniku. Zato lahko pride do nepotrebnega podaljševanja diagnostičnih postopkov, podrazitve celotnega procesa obravnave in celo do napačnih zaključkov. Po drugi strani pa ima lahko pomanjkljiva informacija ob vrnitvi bolnika od specialista k osebnemu zdravniku za posledico opustitev za bolnika pomembnih zdravil, ki so bila uvedena med specialistično obravnavo. Lahko pride do hitrega poslabšanja bolni-