



**143. REDNA LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
PRAVICE ZDRAVNIKOV**

Velenje, 13. in 14. oktober 2006

PRAVICA ZDRAVNIKA, DA RAZPOLAGA Z JAVNIMI SREDSTVI IN JIH RAZPOREJA GLEDE NA STROKOVNE PRIORITETE

Pavel Poredoš

Klinični oddelek za žilne bolezni, Interna klinika, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Izvleček

Medicinska znanost in sodobna tehnologija ponujata mnogo več, kot je zaradi bolj ali manj omejenih finančnih sredstev možno uresničiti. Zato mora zdravstvena politika opredeliti prioritete zdravstvenega varstva na nacionalni ravni. Zdravnik pa, ki s svojim ravnanjem neposredno vpliva na koriščenje in razporejanje sredstev za zdravstveno varstvo, mora pri tem izključno slediti strokovnim prioriteta, ki mu veleajo, da zdravstvene storitve v prvi vrsti ponudi tistim bolnikom, ki so pomoči najbolj potrebni. Zdravnikova naloga je, da z razpoložljivimi materialnimi sredstvi ravna preudarno. To pomeni, da mora dati prednost preverjenim načinom zdravljenja in da zdravstvene storitve v okviru razpoložljivih možnosti čim bolj pravično razporeja. Pomembno je, da zdravstvene storitve najprej dobijo tisti, ki so pomoči najbolj potrebni. Tudi tedaj, ko so različni postopki zdravljenja na voljo v omejenih količinah, ima bolnik pravico, da mu bo določeno zdravljenje dodeljeno izključno po merilih pravičnosti in brez diskriminacije. Zdravnikova dolžnost je tudi, da vpliva na razporejanje razpoložljivih sredstev na osnovi strokovnih kriterijev in da opozarja nosilce družbenih funkcij na morebitno finančno podhranjenost medicine kot celote in posameznih strok. Temeljni pogoj za strokovno brezhibno in racionalno ravnanje zdravnika je znanje, zato se mora zdravnik stalno izobraževati, kar mu omogoči, da uporablja tiste diagnostične in terapevtske postopke, ki so znanstveno preverjeni in ki so ob dani ceni najučinkovitejši ter najmanj nevarni.

Uvod

Zdravnik ima pravico in dolžnost varovati bolnikovo zdravje in zdraviti bolezen. Kodeks zdravniške etike veleva, da je zdravnik dolžan nuditi zdravstveno pomoč vsakomur in ob vsem spoštovanju človekovega dostojanstva in ne glede na spol bolnika. Zdravnik mora svoj poklic opravljati odgovorno, vestno in pri tem dosledno upoštevati najnovejša spoznanja medicinske znanosti in načela kakovostnega strokovnega ravnanja. Eno od temeljnih načel opravljanja zdravniškega poklica, ki ga povzema tudi naš *Zakon o zdravniški službi*, je, da je zdravnik svoboden v izbiri metod in načinov zdravljenja. Toda prav to načelo, ki je splošno veljavno, je neredko težko dosledno uveljaviti, kajti medicinska znanost in sodobna tehnologija ponujata mnogo več, kot je zaradi bolj ali manj omejenih finančnih sredstev možno uresničiti. Zaradi tega razkoraka in predvsem gmotnih omejitev zdravnik ne more vedno zagotoviti vsem bolnikom storitev na najvišji možni ravni.

Razporejanje zdravstvenih storitev glede na razpoložljive gmotne pogoje

Glede na materialne omejitve se pri izvajanju zdravstvenega varstva postavlja vprašanje, kako razporejati omejena finančna sredstva, katerim bolnikom prvenstveno zagotavljati zdravstvene storitve in kakšno raven zdravstvenega varstva lahko glede na razpoložljive gmotne pogoje zagotovimo posameznemu bolniku in populaciji kot celoti. Gre za prioritete, ki se določajo na dveh ravneh. Po eni strani mora zdravstvena politika z načrtovanjem zdravstvenega varstva jasno opredeliti prioritete zdravstvenega varstva na nacionalni ravni, po drugi strani pa zdravnik s svojim ravnanjem oz. nujenjem zdravstvenih storitev neposredno vpliva na porabo razpoložljivih finančnih sredstev.

Zdravstvena politika mora v svojih planih zdravstvenega varstva na načelni ravni opredeliti potrebe prebivalstva in obseg zdravstvenega varstva, ki se financira

iz solidarnostno zbranih javnih sredstev in iz morebitnih drugih virov. Za kakovostno načrtovanje zdravstvene politike so potrebni natančni epidemiološki podatki, opredelitev potreb prebivalstva ter ocena stroškov in prihodkov. Čeprav gre pri tem predvsem za projekte, ki jih morajo pripraviti predstavniki zdravstvene politike, je pri pripravi takšnih načrtov nujno potrebno sodelovanje medicinske stroke, ki najbolje pozna zdravstvene probleme obravnavane populacije. Le predstavniki medicinske stroke lahko pripravijo kakovostna strokovna izhodišča o tem, katera bolezenska stanja so bolj pomembna glede na stopnjo ogroženosti celotne populacije, kateri so vodilni vzroki umrljivosti določene populacije, kar bi moralo biti temeljno izhodišče za razporejanja javnih sredstev. Med vodilne zdravstvene probleme slovenske populacije sodijo srčno-žilne in rakave bolezni, zaostajamo pa tudi na področju preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Čeprav so bili ti vodilni vzroki obolevnosti slovenske populacije prepoznani že pred leti in zapisani v srednjeročnih planih razvoja zdravstvenega varstva, se stanje le počasi spreminja in so nekatere medicinske stroke še vedno izrazito materialno in kadrovske podhranjene. Zato je naloga zdravstvenih delavcev, zlasti zdravnikov, da opozarjajo na takšna nesorazmerja in dejavno sodelujejo pri ureničenju načrtov razvoja zdravstvenega varstva.

Tudi dostopnost do zdravstvenih storitev na različnih ravneh je v Sloveniji dokaj nehomogeno razporejena. Ob tem, ko imamo vrhunsko zdravstveno ustanovo, ki jo predstavlja Klinični center v Ljubljani, so vrhunske storitve dostopne predvsem bolnikom iz širše ljubljanske regije. Ker pa Ljubljana nima regijske bolnišnice, kjer bi v prvi vrsti opravljali storitve na sekundarni ravni, so le-te prebivalcem ljubljanske regije dostopne v manjšem obsegu kot v drugih regijah. Ti primeri kažejo na to, da kljub načelnim opredelitvam do pravičnega dodeljevanja zdravstvenih storitev le-te niso dostopne vsem prebivalcem naše države pod enakimi pogoji, kar je predvsem posledica pomanjkanja celostne strategije razvoja in delovanja zdravstvenega sistema (zdravstvene mreže) in natančnejše opredelitve prioritete. Zdravnikova naloga torej ni le nudenje zdravstvenih storitev, temveč ima tudi dolžnost, da vpliva na zdravstveno politiko, na razporejanje razpoložljivih sredstev in da opozarja nosilce družbenih funkcij, zlasti vladne organe, na morebitno finančno podhranjenost medicine kot celote in posameznih strok. Pri tem pa se zdravnik mora tudi zavedati, da pretirano in nekontrolirano vlaganje finančnih sredstev v medicino lahko povzroči odtegotanje drugih socialnih pravic državljanov.

Zdravnik kot samostojni in odgovorni nosilec zdravstvenega varstva sredstva za pokrivanje stroškov zdravstvenih storitev večinoma črpa iz skladov solidarnostno zbranih javnih sredstev in ne vstopa v neposreden tržni odnos. Tako zdravnik hote ali nehoti vpliva na izrabo zbranih finančnih sredstev in na razporejanje zdravstvenih storitev. Idealno bi bilo, če bi lahko vsakemu bolniku vedno ponudil vse možne razpoložljive in najučinkovitejše zdravstvene storitve, ker pa zaradi omejenih gmotnih možnosti to ni možno, je zelo pomembno, kako določiti vrstni red nudenja zdrav-

stvenih storitev in katerim bolnikom ter posegom dati prednost. V vsakem primeru moramo zdravstvene storitve prvenstveno omogočiti tistim, ki so pomoči najbolj potrebni. Tako v primeru nujnih stanj, ko gre za vprašanje preživetja, zdravnik mora, ne glede na finančno pokritje, nuditi vsakemu bolniku hitro pomoč, pri čemer je edino merilo stopnja nujnosti. Pa tudi pri nenujnih stanjih mora dostopnost do zdravstvenih storitev temeljiti zgolj in predvsem na naravi bolezni in stopnji ogroženosti bolnika.

Racionalna uporaba razpoložljivih sredstev

Zdravnik mora z razpoložljivimi sredstvi, ki so namenjena kritju stroškov zdravstvenih storitev, ravnati čim bolj racionalno.

Zdravnik lahko pomembno vpliva na racionalno in učinkovito koriščenje javnih sredstev na ta način, da poskuša zdraviti predvsem tiste bolezni, za katere je dokazano, da lahko nanje učinkovito vplivamo z razpoložljivimi terapevtskimi postopki ter da izbira predvsem tista zdravila in načine zdravljenja, za katere obstajajo neizpodbitni dokazi, da pomembno vplivajo na potek bolezni in preživetje bolnikov. V klinični medicini se namreč uporablja zelo veliko različnih načinov zdravljenja in kar nekaj tisoč zdravilnih učinkovin. Toda le za nekatere postopke obstajajo neizpodbitni dokazi o njihovi dolgoročni učinkovitosti. Poleg simptomatskih zdravil, ki jih uporabljamo za lajšanje bolnikovih težav, so se zlasti v zadnjem desetletju uveljavila številna zdravila, ki jih uporabljamo za preprečevanje in zdravljenje akutnih ter kroničnih bolezni. Zdravila, ki se množično in dolgotrajno uporabljajo (antihipertenzivi, lipolitiki), so tudi velik strošek, toda le za nekatere od njih so na voljo podatki, da pomembno zmanjšajo obolevnost in umrljivost oseb, ki jih neprekinjeno uporabljajo. Po nekaterih podatkih naj bi le dobra tretjina zdravil, ki so registrirana pri nas in drugod po svetu, imela dokazano učinkovitost. Po drugi strani je učinkovitost zdravil, ki jih uporabljamo za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, odvisna od populacije, ki ji takšno zdravilo predpisujemo oziroma od stopnje njihove ogroženosti. Tako lahko npr. z zdravili za zniževanje holesterola preprečimo eno smrt, če zdravilo dajemo 12 bolnikom, ki so že preboleli srčni infarkt (sekundarna preventiva), medtem ko je zdravljenje zvišanega holesterola pri sicer zdravih osebah z majhno ogroženostjo (primarna preventiva) dolgoročno znatno manj učinkovito in je potrebno eno leto zdraviti 100 in več oseb, da preprečimo eno smrt. Razlike v učinkovitosti zdravila pri posameznem bolniku in v celotni populaciji zdravljenih oseb so torej zelo velike. Učinkovitost je odvisna od tega, za kakšno bolezen zdravilo predpišemo in komu ga predpišemo. Zato mora zdravnik v pogojih omejenih finančnih sredstev in zlasti še, če se stroški zdravil krijejo iz javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, dati prednost tistim zdravilom, za katera obstajajo z rezultati pomembnih kliničnih raziskav podprti podatki, da so dolgoročno učinkovita. Takšna zdravila naj zdravnik pred-

pisuje predvsem tistim bolnikom, pri katerih je pričakovana korist največja. Enaka načela veljajo tudi za uporabo drugih terapevtskih in diagnostičnih postopkov.

Upravičeno se zastavlja tudi vprašanje, ali in do kdaj zdraviti določene zelo bolne osebe z zelo dragimi postopki, katerih učinkovitost je vprašljiva, ali ko gre za terminalnega bolnika z neozdravljivo boleznijo in pomeni uporaba zelo dragih postopkov zdravljenja le podaljševanje življenja, ki ga lahko izmerimo v nekaj dnevih ali tednih. Zlasti so takšni postopki vprašljivi, če z njimi ne vplivamo na kakovost življenja. Zdravnik se mora zavedati, da so stroški zdravljenja ene same hudo bolne osebe lahko tako veliki, da bi s temi sredstvi pomagal številnim bolnikom z manj zahtevnimi boleznimi. Takšno razmišljanje pa gotovo ni dopustno, če obstaja upanje na ozdravitev ali izboljšanje bolnikovega stanja. Če pa na osnovi temeljite in objektivne analize stanja pridemo do zaključka, da poteka bolezen ne bomo mogli spremeniti, je naša dolžnost predvsem, da bolniku omogočimo čim bolj kakovostno preživetje preostalega življenja.

Etičnost in strokovnost – temeljna pogoja za zagotavljanje pravičnega razporejanja zdravstvenih storitev

Pravice in dolžnosti zdravnika pri nudenju zdravstvenih storitev določajo različni akti in zakoni. Toda pri opravljanju svojega poklica in razporejanju zdravstvenih storitev mora zdravnik v prvi vrsti upoštevati temeljna etična načela. Etična načela morajo biti osnovno vodilo zdravnikovega ravnanja, tudi zato, ker narave zdravnikovega dela ni mogoče povsem natančno in izčrpno predpisati z navodili in zakoni. Zato je notranji etični nadzor pri vsakem zdravniku toliko bolj potreben in pomemben. Pomembni sta tudi

zdravnikova samostojnost in neodvisnost. Le zdravnik, ki je samostojen, neodvisen in svoboden, lahko svoj poklic opravlja skladno z etičnimi načeli. Ta načela mu tudi nalagajo, da razpoložljiva finančna sredstva razporeja pravično in da z njimi ravna racionalno ter tako čim širšemu krogu bolnikov omogoči potrebne zdravstvene storitve. Racionalnost in pravičnost pri nudenju zdravstvenih storitev sta tesno povezani s strokovnostjo izvajalca, kajti le izkušen in strokovno usposobljen zdravnik lahko bolj usmerjeno izbira najučinkovitejše diagnostične postopke in načine zdravljenja in oceni potrebe vsakega posameznega bolnika. Zato je kakovostno in pošteno določanje prioritet pri izbiri in nudenju zdravstvenih uslug tesno povezano s strokovnostjo oz. usposobljenostjo vsakega posameznega zdravnika. Iz tega izhaja, da se je zdravnik dolžan stalno izobraževati, spremljati razvoj stroke, si pridobivati novo znanje in prenašati najnovejše dosežke medicine iz tujine v domači prostor.

Priporočena literatura

1. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. In: Dolenc A. Medicinska etika in deontologija II, razprave. Ljubljana: Založba Mihelač; 1997.
2. Pacient kot subjekt zdravljenja. In: Milčinski J. Medicinska etika in deontologija II, razprave. Ljubljana: Dopisna delavska univerza UNIVERZUM; 1982. p. 75–83.
3. Poklicna odgovornost zdravnika. In: Dolenc A. Medicinska etika in deontologija II, razprave. Ljubljana: Založba Mihelač; 1997.
4. Odgovornost zdravstvenega delavca pred vestjo, pred bolnikom in pred družbo. In: Milčinski J. Medicinska etika in deontologija II, razprave. Ljubljana: Dopisna delavska univerza UNIVERZUM; 1982. p. 57–62.
5. Svetovno zdravniško združenje. Deklaracija o zastopanju bolnika in zaupnosti. 45. skupščina SZZ, Budimpešta, Madžarska, oktober 1993.
6. Svetovno zdravniško združenje. Lizbonska deklaracija o bolnikovih pravicah. 34. skupščina SZZ, Lizbona, Portugalska, sept.-okt. 1981 in dopolnjena na 47. skupščini SZZ, Bali, Indonezija, sept. 1995.