

Pomembna predpostavka v ureditvi razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu je določitev in obnavljanje *mreže javne zdravstvene službe* z določitvijo normativov in meril.

Zaradi velikih razlik med posameznimi regijami je v skladu s splošnimi smernicami EU možen *regionalni pristop*. V začetku je potrebno povečevanje *ambulantnega dela*. Poleg števila prebivalcev, ki ne more biti edino merilo, so pomembne še geografske značilnosti terena ter epidemiološka slika. Potrebna je razbremenitev bolnišničnega zdravstvenega varstva s *povečanjem specialistov* na primarni ravni.

Rešitve so širitev *kakovosti storitev* ob rasti povpraševanja ter spodbujanje zdrave konkurence in tekmovalnosti.

Ustvariti je potrebno *enakost pogojev* za vse izvajalce kot tudi dostopnost uporabnikov tudi v povezavi z omogočanjem *prostovoljnih zavarovanj*.

Pri urejanju razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu je pomembno *postopno nadgrajevati sistem*.

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA: JAVNO-ZASEBNO

Franč Košir

Uvod

Sistem financiranja zdravstvenega varstva je za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov, kakovostne storitve in dostopnost zavarovancev do pravic, dogovorjenih v državni zakonodaji, izjemnega pomena za funkcioniranje zdravstva v kateri koli državi. Nenehno grožnjo finančni stabilnosti predstavljajo hitro rastoči izdatki, ki so predvsem posledica staranja prebivalstva, posledičnih sprememb v patologiji, hitrega razvoja medicine, novih zdravil, zahtevnosti in večjega povpraševanja zavarovancev, zmanjševanja števila aktivnega prebivalstva in drugih razvojnih izivov. Zato kontinuirani reformni procesi, ki jih že od začetka 80. let izvajajo razvite države na področju zdravstvenega varstva, izhajajo predvsem iz iskanja opredelitev, kako s kombinacijami javno-zasebnih virov finančnih sredstev zagotoviti čim bolj stabilne pogoje za financiranje organiziranega javno-zasebnega zdravstva in zadostiti povečevanju izdatkov za zdravstvo. Po eni strani gre tu zaradi večanje konkurenčnosti gospodarstva in globalizacije trgov za omejevanje oziroma zadrževanje javnih sredstev za financiranje, ožene vrste in obsega storitev v javnem sektorju, na drugi strani pa s sočasnim povečevanjem zasebnega-prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter s kombinacijami neposrednih plačil in participacij pri uveljavljanju zdravstvenih storitev.

Obseg javnih-zasebnih sredstev v Sloveniji

Slovenski sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja deluje že vrsto let, podobno kot drugi zdravstveni sistemi v državah EU, na zgornji meji svojih javnofinančnih zmoglosti. Uspešnost reformnih procesov, določenih z zdravstvenimi zakoni v letu 1992, ki so z zasebnimi viri sredstev iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v višini 1,12 BDP na prebivalca oziroma 21,4% sredstev za zdravstvene storitve (78,6% javnih sredstev) omogočili dokaj visoko raven zdravstvene varnosti državljanov v letih tranzicije, se je po letu 2000 izčrpala. Po tem letu so se finančni pogoji poslovanja v zdravstveni zavarovalnici in v zdravstvenih zavodih zaradi prej opisanih trendov bistveno poslabšali, še dodaten razlog pa so bile nekatere odločitve na državni ravni. Po ocenah so izdatki za zdravstveno varstvo v zadnjih 5 letih realno porasli kar za 55 mili-

jard SIT, za kar pa ni bilo zagotovljenih ustreznih novih virov. Stanje na trgu dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je zaradi nedorečenosti v zakonodaji postalo nepregledno in nestabilno, kar ima negativne posledice za dostop do zavarovanj in za zdravje pomembnih zdravstvenih storitev. Pri tem pa je potrebno poudariti, da zaostajamo za 35% od povprečja 15 držav EU v obsegu javno-zasebnih sredstev za zdravstvo, saj dajemo na prebivalca skupaj 1323 USD.

V sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja po letu 1992 ni bilo niti pomembnejših zakonskih sprememb niti drugih reformnih posegov, ki bi kakorkoli sistemsko zmanjševali pritiske na povečevanje izdatkov za zdravstveno varstvo. Nasprotno, priča smo širjenju pravic na področjih diagnostike in novih zdravil, povečevanju standardov, dodatnemu zaposlovanju, povečevanju čakalnih dob, povečevanju izdatkov za zdravila na recepte in izdatkov za nadomestila zaradi odsotnosti z dela zaradi poškodb in bolezni, majhnemu obsegu zasebnega dela in odsotnosti konkurence, pomanjkanju nadzora in neučinkovitemu upravljanju v javnih zavodih.

Možnosti za dodatne vire sredstev za zdravstvo

Ključni makroekonomski cilj Slovenije je prevzem evra. Pakt stabilnosti pa nam predpisuje zgornjo mejo javnofinančnega primanjkljaja, kar pomeni, da bo potrebno na dolgi rok omejiti javna sredstva za zdravstvo na ravni do 7% v deležu BDP in skrbeti, da bo znašala medicinska inflacija največ 3,5% letno. Zaradi izjemno neugodnih demografskih trendov in manjšanja deleža aktivne populacije pa se še dodatno povečujejo zahteve po oblikovanju obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo starostnikov na domu. Takšen makroekonomski pristop v politiki javnega financiranja zdravstvenega varstva zahteva:

- na novo oblikovati košarico pravic v javnem zdravstvenem zavarovanju, prilagojeno evropskim standardom;
- opredeliti nacionalne standarde storitev na vseh področjih zdravstvene dejavnosti, v obveznem zavarovanju pa nadzorovati uvajanje novih pravic;
- omejevati povpraševanje z doplačili za zdravila, obiske pri zdravniku, napotovanje na sekundarni ravni;
- analizirati podatke o zdravniškem delu, izkoriščenosti sredstev, poslovanju javnih zavodov zaradi povečanja produktivnosti dela in sredstev, ki mora temeljiti na načelih stroškovne in ekonomske učinkovitosti ob doslednem doseganju strokovnih standardov;
- pretehtano in z jasno državno regulativo delno privatizirati določene zdravstvene ustanove in javno-zasebno partnerstvo v javnih zavodih z učinkovito kontrolo kakovosti;
- oblikovati tržna prostovoljna zdravstvena zavarovanja za vse storitve nad obsegom in standardi z upoštevanjem načel individualnega tveganja.

Te zahtevne reformne procese je zaradi njihove interesne in politične občutljivosti po moji oceni mogoče izvajati v dveh fazah oziroma pristopih.

1. V prvi fazi dopolniti sedanji zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju ter zakona o zdravstveni dejavnosti in lekarništvu in s tem omogočiti odpravljanje nakopičenih slabosti, zastarelosti in pomanjkljivosti, ki so posledica pravne ureditve še izpred leta 1991. S temi spremembami se da zagotoviti dodatno blizu 23 milijard javnih sredstev za programe in storitve v obveznem zdravstvenem zavarovanju in s tem zagotoviti udeležbo javnih sredstev za zdravstvo blizu 7% BDP na prebivalca.
2. Z dopolnitvami zakona o zdravstveni dejavnosti in zakona o lekarništvu je treba začeti proces privatizacije, večati obseg zasebnega dela v zdravstvu in na novo urediti pogoje in način upravljanja javnih zavodov, nadzor, učinkovitost in kakovost ter odgovornost menedžmenta za poslovanje. S postavitvijo standardov in delitve dela te mreže javne

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 njihovemu 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 kadrovsko 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-