

Nizka cena vrednot

On prices of values

Igor Švab



prof. dr. Igor Švab

O tem, da je v zdravstvu veliko problemov, govorimo vsepovsod. O krizi poročajo mediji, o nji beremo v pisnih bralcev in na internetnih forumih. Seveda ima vsak svoje videnje rešitve. Zelo pogosto se na enem bregu najdemo zdravniki, na drugem pa tisti, ki odločajo v zdravstvu. Zdravniki imamo svoje poglede tudi zaradi vrednot, ki jim sledimo v svojem poklicu – in poklic številni jemljemo dobesedno, da smo poklicani za to, da kolikor je v naši moči, poskrbimo za zdravje bolnikov. Bistveno bolj kot drugi odločevalci cenimo zdravje in življenje. Zato se nam že ob praktičnem delu v ambulantah pogosto dogaja, da ne razumemo, zakaj se naši bolniki ne odločijo za zdrav način življenja in še naprej kadijo, čezmerno pijejo, so pretežki in se ne gibljejo dovolj. Ker brezpogojno cenimo svetost življenja, težko razumemo tiste, ki življenje in zdravje vrednotijo kot ekonomski kategoriji. Zaradi tega se naše ocene, kaj je bolj in kaj manj pomembno za zdravje bolnikov, pogosto bistveno razlikujejo od prioritet in odločitev ekonomistov, pravnikov ali politikov.

Naše vrednote se zrcalijo tudi v naših publikacijah. Opis novega uspešnega postopka zdravljenja v medicinskih revijah praviloma ni ponazorjen tudi s cenovno uspešnostjo ali prihranki. Še redkeje objavljamo članke, ki vrednotijo uspešnost poteka in/ali izida zdravljenja drugače kot mi, npr. z ekonomskimi merili. V tej številki boste zasledili članek, ki znanstveno obravnava problem čakanja na pregled v dežurni ambulantni zdravstvenega doma, kjer so zdravniki preobremenjeni in bolniki dolgo čakajo. Avtorji so z uporabo ekonomske znanosti in pogle-

da na problem ugotovili, da se uvedba nove ekipe v zdravstvenem domu ekonomsko ne izplača in je torej z ekonomskega stališča boljše, da bolniki čakajo kot doslej, zdravstveni kader pa pregoreva. Kot merilo za oceno stroškov so vzeli urno postavko bolnika, ki čaka v ambulantni.¹

Z znanstvenega stališča prispevku ni kaj očitati. Kaj lahko sploh dodam k temu, kar so ugotovili priznani raziskovalci?

Prvič, da iz lastnih izkušenj vem, da ure čakanja v čakalnici, ko te je strah za zdravje, morda celo življenje ali za življenje svojega bližnjega, ne morem ovrednotiti z največ 8,89 € na uro, kar navaja raziskovalec. Ura človeške stiske, negotovosti in bolečin je bistveno drugačna kategorija.

Drugič, vem, da bodo preobremenjeni zdravniki oz. zdravstveni timi prej naredili napako, katere posledica zna biti tudi hudo poslabšanje zdravstvenega stanja ali celo smrt. Kako bi potem ekonomsko ovrednotili takšen zaplet – ali zopet po urah trpljenja, vrednih manj kot 10 €?

Problem torej ni v analizi, ampak v njenih omejitvah oz. izhodiščih. V tej študiji se poskuša čakanje hudo obolelih (ali hudo prestrašenih, da so bolni) poenostavljeno predstaviti kot ekonomsko kategorijo, izraženo z urno postavko porabljenega časa povprečnega Slovenca. Kot zdravniku se mi taka poenostavitev zdi nasilna in nesprejemljiva, čeprav se zavedam, da je v političnem odločanju pogosto potrebna in morda tudi nujna ocena finančnih posledic. Ne zavračam ekonomskih meril kot podlage za odločanje v zdravstvu, vendar ne smejo biti edina, kaj šele prevladujoča.

Nevarnost poenostavitev pri odločanju v medicini in zdravstvu je namreč velika. Največji izziv zdravnikov v modernem svetu je, kako ohraniti humanost in ob tem upoštevati racionalnost in znanstveno utemeljenost, ki jo poklic zahteva.² Ob tem se žal vse bolj pogosto dogaja, da se ključne vrednote, ki smo jim v medicini zavezani, v vsakdanji praksi izgubljajo v rokah naivnih racionalistov. Racionalistične predpostavke naj bi podpirale mit, da je možno zmanjšati negotovost, ki je medicini lastna, tako, da se osredotočimo samo na "ključne" in "bistvene" probleme. Kaj je ključno in bistveno pa določa tisti, ki sprejema odločitve. Na tak način izgublamo pomen naše stroke,³ ki je v nevarnosti, da se izrodi v zagotavljanje čim večjega števila čim cenejših storitev, ki morajo zadostiti nekim merljivim standardom kakovosti. To je ena največjih zablod moderne medicine, zaradi katere najbolj trpi njen ugled. Značilnosti zdravnikovega vedenja in naravnosti, stvari, ki jih ne smemo izpustiti, niso merljive. To so sočutje, skrb in spoštljiv odnos do drugega človeka – bolnika. Te so za

medicino usodnega pomena. Čeprav jih ne moremo meriti s standardnimi pripomočki, to ne pomeni, da niso potrebne ali pomembne. Še več! Ravno zato, ker niso merljive, so neprecenljive in bi jih morali posebej negovati.⁴ Brez njih bo medicina postala še ena od industrijskih panog in nič več.

Naš pogled na potrebnost določenih ukrepov temelji na pogledu, katerega edino merilo je zdravje bolnikov. Odgovornost odločevalcev v zdravstveni politiki pa je, da sprejemajo odločitve na osnovi številnih pogledov in raznoterih argumentov. In seveda, da odločevalci v zdravstveni politiki tudi sprejmejo odgovornost za svoje odločitve.

Na koncu bi rad čestital uredništvu revije, da se je odločilo za objavo članka, ki na organizacijo zdravstva gleda z drugačnega, zdravnikom tujega stališča. Na tak način nam je omogočilo spoznati ekonomsko logiko vrednotenja pojavov in stanj, ki jih sami večidel obravnavamo kot neprecenljive. Morda bomo s temi novimi spoznanji lažje podprli svoja stališča, ko bomo vključeni v odločanje in pogajanja v zdravstvu.

Literatura

1. Močnik U, Gradišar M, Tomat L. Analiza čakalnih vrst v dežurni ambulantni. Zdrav Vestn 2014; 83: 587–96.
2. Willis, JAR. The sea monster and the whirlpool. Keynote address. Birmingham: Royal College of General Practitioners; 2002.
3. Greenhalgh T. Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. J Prim Health Care 2012; 4(2): 92–97.
4. Švab I. Dare to be different! Keynote at the Wonca world conference in Prague, June 2013. Eur J Gen Pract 2013; 19(4): 257–60.