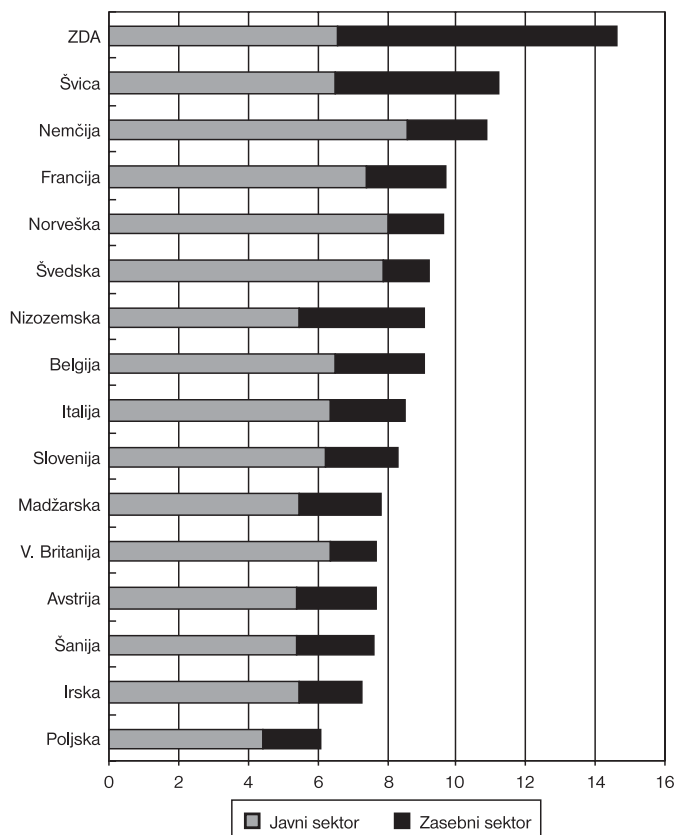




Sl. 1. Stroški za zdravstvo v % BDP v letu 2002 (Source: OECD Health Data [2004]).

- imajo vse dejavnosti, vključno z diagnostičnimi metodami, organizirane in dostopne na enem mestu;
- imajo dispanzerske metode dela, ki združujejo preventivo, kurativo in socialno medicino;
- opravljajo celovito preventivno dejavnost;
- zagotavljajo neprekinjeno zdravstveno varstvo;
- zagotavljajo boljše pogoje za laboratorijsko diagnostiko;
- so učna baza do- in podiplomskega izobraževanja;
- opravljajo znanstvenoraziskovalno dejavnost;
- omogočajo timsko delo različnih strokovnjakov;
- z nadomestnimi zaposlitvami ohranjajo oz. izboljšujejo ustrezno strokovno strukturo zdravstvenega kadra;
- zagotavljajo stabilnost delovanja javne mreže;
- na opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti imajo neposreden vpliv zavarovanci prek svetov zavoda;
- so nosilci obrambnih priprav oz. izvajanja ukrepov v primeru množičnih nesreč in izrednih stanj.

Dokaz za takšne usmeritve so tudi izsledki londonskega inštituta Economist Inteligents Unit (EIU), ki je Slovenijo med 35 evropskimi državami v letu 1998 uvrstil na zavidljivo 7. mesto na področju zdravstvenega stanja populacije ob dejstvu, da bruto družbeni proizvod in poraba na glavo prebivalca takega mesta zanesljivo ne opravičujeta. Nedvomno ima organiziranost zdravstvenega varstva, ki na primarni ravni še vedno sloni na plečih zdravstvenih domov, pomembno vlogo (6).

In ne nazadnje! Vse gospodarsko razvite države sveta se soočajo s feminizacijo zdravniškega poklica, pri čemer imajo zdravnice v življenju drugačne prioritete kot moški kolegi. Želijo si povezovanja v skupinske prakse z možnostjo krajšega in prožnejšega delovnega časa, pokrivanja krajših ali daljših odsotnosti in možnosti racionalnejše izrabe prostorskih, materialnih in tehničnih resursov. Vse to, kar nam danes omogočajo zdravstveni domovi.

Mogoče bi se bilo potrebno vprašati, ali bi bil ob izenačenem načinu poslovanja in posledično manjšem dobičku še vedno interes kolegov po zasebni praksi, ali ne bi bilo mogoče bolje iskati rešitve v fleksibilnejšem nagrajevanju v javnih zavodih. Pri tem bi zadržali uravnotežen mešan sistem in možnost konkurenčne izbire.

In še citat nemškega pisca Johana G. Seume: »Država bi morala skrbeti predvsem za revne. Bogati, žal, še preveč skrbijo zase.«

Literatura

1. Židanik A. Vloga ZD v primarnem zdravstvenem varstvu – strokovni posvet »Primarno zdravstveno varstvo« Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.
2. Urlep F. Osnovna zdravstvena služba na Slovenskem v zadnjih 100 letih – strokovni posvet »Primarno zdravstveno varstvo« Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.
3. Premik M. Primarno zdravstveno varstvo in zdravstveni dom – strokovni posvet »Primarno zdravstveno varstvo« Inštituta za socialno medicino Medicinske fakultete Ljubljana, junij, december 1995.
4. Židanik A, Košir M. Zasebna dejavnost v osnovnem zdravstvu. 6. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Čatež, april 1999.
5. Atun RA. Vloga primarnega zdravstvenega varstva. Konferenca »Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji«, Ljubljana 2005.
6. Figueras J. Trendi in izzivi v primarnem zdravstvenem varstvu. Konferenca »Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji«, Ljubljana 2005.

ZASEBNIŠTVO V RAZLIČNIH ZDRAVSTVENIH SISTEMIH

Tit Albreht

Zasebništvo v najbolj širokem pomenu besede je povsem normalen del lastništva oziroma izvajanja dejavnosti v različnih zdravstvenih sistemih. Po zlomu sovjetskega Semaškovega modela organizacije zdravstva sedaj poznamo različne oblike mešanega lastništva oziroma izvajanja dejavnosti. Od stopnje socializiranosti sistema pa je odvisno, kolikšno vlogo bo imel zasebni kapital bodisi v vlogi zavarovalniških sredstev, lastništva nad sredstvi za delo bodisi pa pri izvajanju dejavnosti.

Če ostanemo v Evropi, imamo glede zasebništva dve državi, ki izrazito izstopata, Nemčijo in Švico, nato pa paleto ostalih držav, ki se različno umeščajo glede na različne uporabljene parametre. Nemčija in Švica izstopata po tem, da imata obe državi precej liberaliziran socialni model zdravstvenega zavarovanja in veliko svobode v sistemu tako za izvajalce zdravstvene dejavnosti kot za bolnike. Slabost obeh držav je predvsem v končni bilanci stroškov. Ti dve državi se namreč sedaj uvrščata takoj za ZDA po deležu BDP, namenjenega za zdravstvo. Dosega že skoraj 11% in postaja cokla nadaljnjemu razvoju. Zato je posebno Nemčija že začela pripravljati javnost na določene nujno potrebne in neizogibne reforme. Najtrši oreh pri tem bodo morebitne omejitve pri vstopu v sistem. Seveda velja ob tem poudariti, da sta sistema v teh dveh državah tako draga zaradi kombinacije naštetih dejavnikov in ne zaradi zasebništva kot takega.

Sistemske primerjave

Velja pravilo, da države v socializiranem, iz davkov financiranem sistemu lažje nadzorujejo stroške, zato so ti sistemi bistveno cenejši, tako po deležu BDP kot seveda po absolutnem znesku, namenjenem za zdravstveno varstvo. Problem teh, t. i. Beveridgevih sistemov je v tem, da ponudba storitev zaradi državne regulative vedno pomembno zaostaja za povpraševanjem.

Velika Britanija

Domovina Beveridgevega sistema državnega zdravstvenega varstva, financiranega prek davkov iz državnega proračuna. Značilno je, da je bilo do pred nekaj leti tipično zasebnišvo srednjeevropskega tipa praktično zanemarljivo prisotno. Prva pobuda za spremembo takšnega pristopa je prišla v času Thatcherjeve, ko so predlagali tako imenovani »fundholding« sistem, v katerem zdravniki splošne medicine upravljajo s sredstvi za primarno in sekundarno obravnavo bolnikov. Sistem sicer ni dosegel želenih rezultatov, ob morebitni polni uveljavitvi pa bi praktično prišlo do skoraj popolne privatizacije na primarni ravni. Tako pa ostaja še naprej v veljavi stari sistem, v katerem so zdravniki dejansko zaposleni v NHS (National Health Service) ter za svoje delo prejemajo plačo. Priznati je potrebno, da so v času prejšnjega mandata Blairrove vlade uvedli spremembe, ki so omogočile odpiranje trga, tako da sedaj že poznamo vse tri elemente zasebnštva – zasebne bolnišnice, zasebno izvajanje dejavnosti in zasebno zdravstveno zavarovanje. Posebno slednje je za Britanijo novost po letu 1948, zasebni zavarovalci pa beležijo izredne uspehe pri pridobivanju zavarovancev. BUPA, ki je ena največjih, jih ima že 3 milijone (<http://www.bupa.co.uk>). Seveda moramo vedeti, da v tem primeru zasebno zavarovanje pomeni *dodatno zavarovanje in dodaten strošek*, saj je državno zavarovanje predpisano in se mu ni moč odpovedati, ni pa niti odvisno od cenzusa. Če se vrnemo k izvajanju dejavnosti, velja poudariti, da je vzpon vseh oblik zasebnštva spodbudil razvoj tudi zasebnega izvajanja zdravstvene dejavnosti. Sedaj so namreč v VB na poti v dejansko kombinirani sistem s povsem liberalizirano zasebno pobudo tako pri zavarovanih kot pri izvajanju dejavnosti. Ker javni sistem poka po šivih, se poleg izvajalcev pojavljajo še posebne, pravzaprav javnemu sistemu neposredno konkurenčne storitve. V NHS so namreč pred dvema letoma začeli s sistemom HealthDirect, ki je oblika telefonskega zdravstvenega svetovanja in triaziranja. Upravljajo ga medicinske sestre, ki tako usmerjajo klicočega. Sedaj pa so zasebni zdravniki splošne medicine uvedli sistem 24-7, v katerem so ključne osebe zdravniki splošne oziroma družinske medicine. Sistem je dostopen, kot pove ime, neprekinjeno, tudi preko spleta, vendar pa je plačljiv in je zanj potrebno plačati letno članarino v višini 60 funtov (<http://www.247gp.co.uk>). Večina zasebnih bolnišnic in zdravnikov je v velikih mestih, slednji imajo praviloma skupinske prakse, kar pa je tako ali tako dobro znan model tudi iz NHS.

Nizozemska

Nizozemska je znana tudi kot država neprestanih reform v zdravstvu, prav nasprotno od Velike Britanije, ki dolgo časa ni popuščala. Gre za državo, ki je privzela Bismarckov model zaradi nemške okupacije med drugo svetovno vojno, vendar ga po vojni ni zavrgla, temveč ga je razvijala po svoje. Glede zasebnštva velja poudariti, da gre zdravstvo na Nizozemskem po poti ostalih dejavnosti v tej liberalno organizirani državi. Zato so vse bolnišnice, razen treh univerzitetnih, zasebne, vendar neprofitne. Kljub temu jih upravljajo upravni odbori, v katerih sedijo pomembne osebe iz gospodarskega in finančnega življenja (predsedniki uprav bank, zavarovalnic ipd.). Izvajanje specialistične dejavnosti poteka v obliki neke vrste skupinskih praks, razvrščenih po specialnostih in po bolnišnicah (samo posamezni zdravniki se odločijo, da bodo opravljali zasebno dejavnost povsem mimo bolnišnice). Specialisti nato v teh skupnih praksah dorečejo obseg dela, ki ga nato ponudijo bolnišnici kot program. Do tu je še vse v redu. Težave nastopijo, ker je bolnišnica financirana proračunsko, tako da vsi ostali zaposleni prejemajo plače in tem ni mogoče nalagati (pre)velikih obremenitev, ne morejo pa jih niti zaposliti bistveno več (npr. če bi želela slediti

povečanim ambicijam zdravnikov). Novo situacijo prinašajo SPP, ki jih v modificirani različici uvajajo tudi na Nizozemskem. Le-ti bodo vsekakor prispevali k spremembi obstoječega sistema, saj bo potrebno postaviti klinične poti, ki bodo uravnotežile delo posamezne kategorije kadra, kar pa bo vsekakor vplivalo na cene in obseg zdravnikovega dela. Družinsko oziroma splošno medicino na Nizozemskem izvajajo zdravniki zasebniki skoraj izključno. To je namreč že dolgotrajna tradicija. V zadnjem času so se zdravniki odločili, da bodo postopoma ukinili splošno in neomejeno dostopnost ter so pričeli organizirati in urejati neprekinjeno zdravstveno varstvo na podoben način, kot je to v Sloveniji urejeno v Ljubljani, Kranju, Celju in še kje (»SNMP«). Problem take organizacije je večji v manjših krajih in na podeželju, saj je s tem zdravnik slabše dostopen, javni prevoz ni vedno na voljo, poleg tega pa je na Nizozemskem uvedena tudi participacija za posamezen obisk, ki znaša približno 25 EUR za obisk v rednih ordinacijskih urah in skoraj 80 EUR v dežurni službi. Zakaj so se zdravniki sploh odločili za takšno potezo? Približno polovica vseh zdravnikov družinske medicine dela v samostojnih praksah in druga polovica v takih, v katerih sta vsaj dva zdravnika. Tak način dela je postal precej naporen in težaven, posebno v velikih mestih z veliko socialnimi problemi ter z veliko obrobniimi skupinami prebivalstva.

Švedska in Finska

Obe državi imata dolgoletno tradicijo državnega zdravstvenega varstva in decentraliziran sistem financiranja, organiziranja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. Ta sistem je tradicionalno socializiran. Tudi izvajanje zdravstvene dejavnosti je pretežno vezano na javne ustanove. Na primarni ravni bi lahko govorili o paraleli zdravstvenim domovom, v katerih se poleg izvajanja zdravstvene dejavnosti v ožjem smislu izvajajo tudi programi za krepitev zdravja. Tudi bolnišnice v obeh državah so pretežno v javni lasti – univerzitetne bolnišnice so državne, regionalne in lokalne pa so v lasti lokalnih skupnosti – mest in občin oziroma njihovih skupnosti. Zato so seveda vsi zaposleni v vseh naštetih ustanovah plačani iz javnih sredstev in prejemajo plače. Delež zasebnikov je izrazito majhen, običajno gre za zdravnike v posameznih praksah splošne medicine v odročnih predelih, ki jih posebej stimulirajo za delo tam, ter za majhne bolnišnice in sanatorije.

Na Švedskem je tako, da je 80% vseh zdravnikov splošne medicine zaposlenih v javnih ustanovah in le 17% je čistih zasebnikov. Zasebnikom koncesije odobravajo okrožni sveti, ki imajo izključno pristojnost za izbiro oblike organiziranosti osnovne zdravstvene dejavnosti. Razmerje na ravni celotnega števila je še bolj v prid zaposlenih v javnih ustanovah, saj je med vsemi zdravniki kar 90% takih, ki delajo v javnih zavodih, in le 7%, ki so izključni zasebniki.

KONCESIJSKO OPRAVLJANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI: USPEHI, TEŽAVE IN IZZIVI

Brane Dobnikar

Iz (nedavne) zgodovine

V začetku devetdesetih let so spremenjene družbene okoliščine, nova pravna ureditev celotnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter zdravstvene dejavnosti povzročile začetek uvajanja zasebne zdravniške prakse. Poleg uvedbe zavarovalniškega modela v sistem zdravstvenega varstva ter nekaterih drugih novosti v Zakonu o zdravstvenem