

## Marko Noč: Abeceda javnega zdravstva

### **Kaj je javno zdravstvo?**

To so zdravstvene storitve za naš davkoplačevalski denar, ki ga vsak mesec prispevamo in se zbira v naši edini javni zavarovalnici – Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Zdravstvene storitve za ta davkoplačevalski denar izvajajo bodisi državni zdravstveni zavodi (zdravstveni domovi in bolnišnice) ali zasebni izvajalci, ki imajo pogodbo z ZZZS. To pogodbo imenujemo koncesija, izvajalce pa zasebniki koncesionarji, ki prav tako kot državni zavodi delujejo v javnem zdravstvenem sistemu. Javno zdravstvo zato ni enako državnemu zdravstvu, ki pomeni le izvajanje storitev v zavodih, kjer je ustanovitelj in lastnik država.

Razpravljavci največkrat enačijo javno z državnim zdravstvom. To me je vzpodbudilo, da napišem sestavek, ki bo razumljiv tudi za laike. In da bi vsak lahko spoznal, kdo zavaja in kdo slovenskemu bolniku resnično želi dobro.

### **Kdo je zasebnik, ki ne deluje v javnem zdravstvenem sistemu?**

V nasprotju z zasebnikom koncesionarjem, ki dobi plačilo za svoje delo od ZZZS na podlagi koncesijske pogodbe, zasebnik, ki ne deluje v sistemu javnega zdravstva, plačilo za svojo storitev dobi neposredno od bolnika. Tako na primer, deloma ali v celoti, deluje veliko zobozdravnikov in estetskih kirurgov in tudi zdravnikov nekaterih drugih specialnosti.

### **Kako lahko izvajalec postane del javne zdravstvene mreže?**

Za varno in učinkovito izvajanje določene zdravstvene storitve mora izvajalec, bodisi državni ali zasebnik koncesionar, izpolnjevati ustrezne pogoje, ki se nanašajo na prostor, opremo in medicinski kader. Naloga države je, da pripravi in napredku stroke vseskozi prilagaja normative za izvajanje posamezne dejavnosti, ki jo na tej osnovi odobri. To imenujemo akreditacija. Pogoji za akreditacijo morajo biti seveda enaki za državne in zasebne izvajalce. Tu vidim prvo pomembno nalogo države kot regulatorja javnega zdravstvenega sistema, saj na ta način zaščiti slovenskega bolnika pred nestrokovno ali, če želite, »garažno« medicino. Pri tem bi rad poudaril, da je ustrezna akreditacija nujna tudi za zasebnike brez koncesije, čeprav niso del javne zdravstvene mreže. Država mora namreč tudi na tem področju zaščititi bolnika.

### **Kako izvajalec pridobi zdravstveni program pri ZZZS?**

Ko ima izvajalec ustrezno akreditacijo, morajo biti državni in zasebni zavodi povsem enako vredni pri kandidiranju za podelitev zdravstvenega programa, ki ga plača ZZZS. Program mora vedno odražati potrebe Slovenije na določenem zdravstvenem področju. Če ga je premalo, nastajajo čakalne vrste, in naloga države je, da razpiše dodaten program ter ob pomanjkanju kapacitet vključi dodatne državne ali zasebne izvajalce z veljavno akreditacijo.

Pri delitvi zdravstvenega programa morata ZZZS kot dobrega gospodarja našega davkoplačevalskega denarja voditi le kvaliteta in cena zdravstvene storitve. Lastništvo zdravstvenega zavoda, državno ali zasebno, je pri tem nepomembno. Za doseg tega cilja v dobro bolnikom bi zato morala ZZZS, sama ali prek pooblaščenega neodvisnega organa, redno in sistematično pregledovati doseganje ciljnih parametrov varnosti in učinkovitosti pri vseh izvajalcih, ki jim plačuje program. Če izvajalec, državni ali zasebni, ne dosega splošno sprejetih mednarodnih standardov, bi morala ZZZS takoj odreagirati, sprva z zmanjšanjem in nato z odvzemom programa, ki bi ga nato dodelila bolj kvalitetnemu državnemu ali zasebnemu izvajalcu. S tem bi država učinkovito izvajala drugo pomembno regulatorno funkcijo zaščite bolnika – stalen nadzor kvalitete zdravstvene storitve za davkoplačevalski denar. Tak pristop bi vseskozi vzpodbujal izvajalce v javni zdravstveni mreži, ne glede na lastništvo, k najbolj racionalni organizaciji dela, angažiranju najboljših strokovnjakov in nabavi preverjenega medicinskega materiala po konkurenčni ceni. Zaradi pregovorno predragih slovenskih distributerjev bi to sčasoma pripeljalo k nabavi v najmanj skorumpiranih državah EU (Nemčija, Skandinavija), s čimer bi se tudi na slovenskem trgu postopoma vzpostavile normalne cene.

### **Zakaj bi bila država nasprotovala zasebnikom koncesionarjem?**

Racionalnega razloga za to ni. Če je izvajalec zdravstvene storitve država, mora investirati naš davkoplačevalski denar v gradnjo in opremo zdravstvene ustanove ter prepogosto iz proračuna še pokrivati večmilijonske izgube, da zagotovi obstoj državnega zavoda. Samo spomnite se leta 2017, ko je takratna ministrica za zdravje odigrala vlogo dobrega starega dedka Mraza in državnim bolnišnicam pred novim letom z interventnim zakonom na hitro razdelila 136 milijonov davkoplačevalskega denarja z izgovorom ne celostne sanacije bolnišnic, temveč za »poplačilo dobaviteljev« – pri čemer od državnih ustanov pred tem ni zahtevala znižanja vseh cen zdravil, pripomočkov, naprav, potrošnega materiala in storitev na raven referenčnih cen v EU. Noben zasebnik koncesionar seveda ni dobil niti prebite pare, ne glede na to, da je prav tako deloval v javni zdravstveni mreži.

V nasprotju z državnimi zavodi zasebnik koncesionar seveda vloži svoj in ne davkoplačevalski denar v prostore in opremo. In če ima izgubo, je to samo njegov in ne državni problem. Davkoplačevalci namreč prek ZZZS plačamo le opravljeno storitev po pogodbeni ceni, dogovorjeni v koncesijski pogodbi. Zasebnik koncesionar zato nikoli dodatno ne obremenjuje državnega proračuna, v javni zdravstveni sistem pa vseskozi prispeva svoj kapital, s čimer zagotavlja dodatne zdravstvene storitve.

### **Odnos med državnimi in zasebnimi izvajalci v javnem zdravstvenem sistemu**

Slovenija ima verjetno enega najmanjših deležev zasebne medicine v svetu. Razlog je, da se je po osamosvojitvi sistematično vzdrževal monopol državnih zavodov, zasebniki koncesionarji pa so bili in so še vedno pogosto laični javnosti predstavljeni kot predstavniki »dobičkonosne« medicine. Skratka, tisti, ki na račun bolnikov mastno služijo, državni zavodi pa se zaradi njih utapljujejo v izgubah. Zakaj je tako? Menim, da so razlogi v veliki meri zelo preprosti. Naša tradicionalna nevoščljivost, strah pred konkurenco v državnih zavodih, česar seveda nihče ne bo priznal, včasih pa tudi osebne deviacije posameznikov, ki želijo nadzirati naš »trg bolnikov« in še bolj posle z medicinsko opremo prek slovenskih trgovcev.

Tem mačehovski odnos države do koncesionarjev seveda godi, saj se na ta način prek provizij ključnim igralcem v državnih zavodih vzdržuje sistem izrazitih preplačil medicinskega materiala. To smo pred leti zelo transparentno razkrili v skoraj pozabljeni zgodbi o žilnih opornicah. Ta do skrajnosti sprijen sistem kraje davkoplačevalskega denarja, namenjenega bolnikom, pa je pred kratkim še dodatno osvetlil odmeven sodni proces z obsodilno sodbo zdravnikov na prvi stopnji. Žal napredka v sistemu nabave

medicinskega materiala kljub temu ni na vidiku in preplačevanje se nadaljuje. Ko razmišljam o bitki za žilne opornice, se vedno znova spomnim analogije s soško fronto, kjer je preboj pri Kobaridu predstavljal neverjeten vojaški uspeh, poteka prve svetovne volje pa ni v ničemer spremenil.

Majhnost slovenskega trga seveda ne more biti izgovor za preplačevanje. Tudi slovenski avtomobilski trg je kar 47-krat manjši od nemškega, pa so cene avtomobilov kljub temu primerljive. Zakaj ne bi to veljalo tudi za medicinski material in aparature? V končni fazi smo del enotnega evropskega trga, ki vsakemu od nas omogoča, da legalno in brez administrativnih ovir in carin kupi želen izdelek kjerkoli.

### **Cena zdravstvene storitve v Sloveniji**

Glede na bistveno nižje plače našega zdravstvenega osebja bi morala biti cena zdravstvene storitve v Sloveniji bistveno nižja kot v zahodni Evropi. Če ni tako, je problem bodisi v slabi organizaciji zdravstvenega izvajalca bodisi v bistveno dražjem medicinskem materialu in aparaturah. In prav nenehno preplačevanje zdravstvenega materiala in aparatur je glavna rakava rana našega državnega zdravstva, kjer hlapijo milijoni davkoplačevalskega denarja, ki bi se lahko investirali v nove metode zdravljenja in raziskave.

Majhnost slovenskega trga seveda ne more biti izgovor za preplačevanje. Tudi slovenski avtomobilski trg je kar 47-krat manjši od nemškega, pa so cene avtomobilov kljub temu primerljive. Zakaj ne bi to veljalo tudi za medicinski material in aparature? V končni fazi smo del enotnega evropskega trga, ki vsakemu od nas omogoča, da legalno in brez administrativnih ovir in carin kupi želen izdelek kjerkoli.

### **Zakaj ne bi bili državna in zasebna medicina v javnem zdravstvu komplementarni?**

Zopet, racionalnega razloga ni. V Sloveniji zasebniki koncesionarji delujejo na ambulantnem področju (osebni zdravniki, zobozdravniki, radiologi, drugi specialisti posameznih strok) in ožjih bolnišničnih specializiranih področjih (Medicor, Kirurgija Bitenc, Kirurški sanatorij Rožna dolina). S svojim delovanjem v marsičem razbremenijo državne ustanove in ob pomanjkanju kapacitet v državnih zdravstvenih ustanovah zmanjšujejo čakalne vrste. In kot rečeno, objektivnega razloga proti sobivanju obeh modelov v sistemu javnega zdravstva v dobro bolnika ne vidim.

### **Dvoživke in mazači?**

To sta na žalost izraza, ki sta se udomačila za zdravnike, ki redno delajo v državnih zdravstvenih ustanovah, v prostem času pa z dovoljenjem delodajalca še pri zasebniku koncesionarju.

Od leta 2005 do konca 2020 sem v Medicorju opravil 4124 interventnih kardioloških posegov, in ker zaradi tega v UKC Ljubljana ni bil opravljen niti en poseg manj, lahko rečem, da sem za to število skrajšal čakalno vrsto. Ker je za enak poseg plačilo s strani ZZZS Medicorju za vsaj 30 odstotkov manjše kot UKC Ljubljana, lahko celo rečem, da sem s svojim delom davkoplačevalcem prihranil tudi kar nekaj denarja. In seveda v državni proračun redno prispeval davek iz honorarja. Zaradi vsega naštetega mi ni jasno, zakaj me nekateri politiki, ki se prav veliko v svojem poklicu niso dokazali, žaljivo imenujejo dvoživka ali celo mazač?

Naj predstavim svoj primer »dvoživkarstva in mazaštva«. Ker mi delodajalec UKC Ljubljana ni omogočil mednarodno predpisanega letnega števila invazivnih srčnih posegov, sem leta 2005 dodatno začel delati še pri zasebniku koncesionarju na srčno-žilnem področju (Medicor) – izključno v svojem prostem času in z dovoljenjem delodajalca po tem, ko sem opravil vse zahtevano skupaj z dežurstvi. Od leta 2005 do konca 2020 sem v Medicorju opravil 4124 interventnih kardioloških posegov, in ker zaradi tega v UKC Ljubljana ni bil opravljen niti en poseg manj, lahko rečem, da sem za to število skrajšal čakalno vrsto. Ker je za enak poseg plačilo s strani ZZZS Medicorju za vsaj 30 odstotkov manjše kot UKC Ljubljana, lahko celo rečem, da sem s svojim delom davkoplačevalcem prihranil tudi kar nekaj denarja. In seveda v državni proračun redno prispeval davek iz honorarja. Zaradi vsega naštetega mi ni jasno, zakaj me nekateri politiki, ki se prav veliko v svojem poklicu niso dokazali, žaljivo imenujejo dvoživka ali celo mazač?

In še to. Ob eni izmed najnižjih števil zdravnikov na milijon prebivalcev v EU so lahko slovenski odločevalci v zdravstvu zadovoljni, da smo nekateri zdravniki pripravljeni delati tudi v prostem času in tako kompenzirati pomanjkanje zdravnikov.

Prav je, da na ta vidik pomislijo tudi ključni odločevalci v slovenskem zdravstvu, ko pogosto nekritično in brez objektivnih podatkov govorijo o ločevanju državnega in zasebnega ter grozijo s preklicem soglasij za delo v prostem času.

### **So nekateri zdravniki zlorabili sistem?**

Žal redki kolegi ta sicer pregleden sistem, ki pridnim zdravnikom omogoča legalno dodatno delo v prostem času, izkoriščajo. Tako med rednim delovnim časom hodijo v zasebne zdravstvene ustanove in delajo v ambulantah ali celo operirajo. Ali pa iz svojih zasebnih ambulant bolnike pošljejo na zahtevnejšo obravnavo mimo rednih čakalnih vrst v državne zavode, kjer so sicer stalno zaposleni. Krivda za take izprijene prakse pa seveda ni v sistemu, ampak pri predstojnikih in vodstvih državnih zavodov, ki takega početja takoj in odločno ne sankcionirajo.

Medicina se ne more deliti na državno in zasebno, ampak le na dobro in slabo. Kakšna bo, je odvisno od znanja, prijaznosti in poštenosti zdravnika.

### **Javno, državno, zasebno – dobro, slabo**

Javna medicina ni enaka državni medicini, saj so njen enakopravni del tudi zasebniki koncesionarji. Objektivnih ovir za kvalitetno sobivanje in sodelovanje obeh organizacijskih oblik, še zlasti v primeru pomanjkanja zdravnikov in dolgih čakalnih vrst, ni. In ko razmišljam o tem, vedno pridem do istega zaključka.

Medicina se ne more deliti na državno in zasebno, ampak le na dobro in slabo. Kakšna bo, je odvisno od znanja, prijaznosti in poštenosti zdravnika. In poglobitni nalogi države kot regulatorja v javnem zdravstvenem sistemu sta nadzor nad tem, kdo lahko opravlja določeno zdravstveno dejavnost in kakšni sta kvaliteta in cena zdravstvene storitve. Država mora te naloge opraviti namesto bolnika, ki praviloma nima ustreznega znanja. Nedvomno veliko dela za državo, ki bi se namesto stalne »križarske vojne« proti zasebnikom že zdavnaj morala lotiti ključnih problemov v našem državnem zdravstvu – in pustiti prosto pot tudi zasebni iniciativi v javnem zdravstvu, s čimer bi se končno približali razvitim zahodnoevropskim sistemom.

*Akademik prof. dr. Marko Noč je predstojnik oddelka za intenzivno interno medicino na Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani.*