



Ne skrivam, da imam pripravljene **rezervni scenarij**

DORIJAN MARUŠIČ, minister za zdravje



MATEJA GROŠELJ

Slovenska vlada je zagrizla v še eno reformo, v zdravstveno. S tezami, ki jih je ponudila v javno razpravo, želi najprej sondirati pripravljenost za globalne spremembe na področju, za katero velja, da je zdravje temeljna vrednota vseh nas in vsakega med nami. Minister za zdravje Dorijan Marušič napoveduje postopno slovo zastarelemu sistemskemu ogrodju in vstop v finančno vzdržno, učinkovito, organizacijsko sodobno, časovno in geografsko ter kakovostno dostopno zdravstvo.

V zadnjih mesecih ste se na temo zdravstvene reforme ogibali medijev, rekoč, da o njej ne boste dajali izjav, dokler tez ne predstavite predsedniku vlade in koalicijskim poslancem. Vas je izučila izkušnja, ko je javnost že premlevala reorganizacijo porodnišnic, četudi kot manjši insert obsežne strategije ginekološke in porodniške službe, še preden je njeno vsebino obravnaval najvišji strokovni organ, zdravstveni svet? Ste bili zato zdaj bolj previdni?

“Če bi bil res tako dober! Ne, pri vsaki zgodbi se z ekipo kaj naučimo. Ni bilo tako mišljeno. Mi smo pri tem dokumentu (teze, op. p.) sprva šli precej širše, z analizami, a sem se nato skupaj s predsednikom vlade odločil, da skušam državljanom najprej predstaviti naše globalne usmeritve v najkrajši možni obliki. Če se namreč strinjamo v glavnih usmeritvah, bo lažje pripravljati posamezne rešitve. Mogoče nekoliko drugačen pristop kot doslej, ko so do potankosti razlagali namere, v zadnji točki pa ugotovili, da ne bo šlo, in se je vse porušilo. Glavni dve usmeritvi sta reorganizacija, ki je nujno potrebna, saj bomo sicer s kadrom in infrastrukturo težko sledili razvoju, in drugačen pristop pri zbiranju kot tudi pri porabi sredstev. Ponujamo več možnosti in različne hitrosti nadgradnje. V nekaterih okoljih nas že zdaj prosijo, naj upočasnimo tempo, ker spremembam sicer sledijo, a jih težko dohajajo. Se pa zavedajo, da je to edini način.“

Zavedajo že, toda kolikšna je pripravljenost na tako celovito preobrazbo? Kakšen je vaš prvi vtis?

“Ne skrivam, da imam pripravljen tudi rezervni scenarij. Če teze ne bodo obrodile sadov, bom moral odgovorno postaviti tako rešitev, da bo zdravstveni sistem kljub vsemu vzdržal še nekaj časa. Bo pa naslednji minister ali ministrica pred podobnim izzivom, samo po sebi se ne bo nič rešilo. Če bomo nadaljevali kot doslej, so izračuni bolj ali manj jasni, koliko kadra in sredstev potrebujemo. Vendar ta sredstva ne bodo šla primarno za potrebe državljanov, ampak za ohranjanje neke postavitve iz preteklosti. Preprosto enačbo se da rešiti na veliko načinov. Mi ponujamo daljše obdobje reševanja, upočasnjeno, premišljeno, da ne bi bilo veliko slabšega za večino ljudi. Lahko odločimo tudi z dekretom: dežurna služba bo takšna in nič drugačna, manj kot

toliko in toliko prebivalcev svoje samostojne ustanove ne more imeti in podobno. Kaj bi dosegli? Veliko javnih tribun, upora, vsi bi govorili, kaj bodo izgubili, rezultatov ne bi bilo, zgodbo bi končali.“

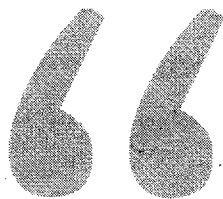
Ne govorite o reformi, ampak o nadgradnji zdravstvenega sistema. Nadgradnja je nadzidava denimo tretjega nadstropja hiše na obstoječi dve etaži, vi pa vsaj v primeru nameravanega združevanja obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja rušite obstoječe in postavljate temelje povsem nove “zavarovalniške hiše“.

“Bomo na koncu ocenjevali, ali je bila reforma ali nadgradnja, odvisno kaj zmoremo in kaj nam bo uspelo; morda bodo samo izboljšave, morda reforma, nadgradnja ali pa celo revolucija. Zato pravim, mnogi bi lahko spisali te usmeritve, vprašanje je, koliko so sprejemljive in izvedljive. Nazadnje se namreč vsi pogovarjajo samo o partikularizmih. Morebiti bodo res ostale samo izboljšave, kot so nekatere že uvedene, ki nakazujejo smer v prihodnje. Na primer učne in referenčne ambulante, ločeno plačevanje za prve in kontrolne preglede - po 19 letih samostojne Slovenije končno vemo, kaj kupujemo pri specialistih, do zdaj smo kupovali kar točke -, stimuliranje tistih posegov v bolnišnicah, ki jih bolniki bolj potrebujejo, in še kaj.“

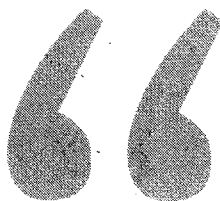
Družbena klima v tem trenutku spremembam ni naklonjena, če se ozremo samo po pokojninski reformi, šibka je javna podpora vladi. Vztrajate pri nadgradnji zaradi načelnosti, ker ste večino tega pač napovedali ob nastopu mandata?

“Nič me ni prepričalo, da bi moral odstopati od svojih ugotovitev ali sporočati ljudem kaj drugega kot v preteklosti. Zato se tudi teze ne razlikujejo od tistega, kar sem povedal pred desetimi meseci. Res pa je, da se drugi zavejo resnosti situacije šele, ko se soočijo z dejstvi. Sliko o mreži na sekundarni ravni za neko drugo dejavnost, ne za ginekološko-porodno, sem predstavil aprila lani in požel veliko podporo. Ko pa se konkretno lotimo določenih problemov, pravijo, pusti to, najdi najprej drugo področje. Prav nobene namere še nisem opustil. Še vedno stremimo k povečanju preventive in promocije zdravja, še vedno na prvo mesto postavljamo primarno raven in želimo več ambulantne specialistične dejavnosti ter da razmejimo akutno in neakutno obravnavo.

Razni projekti so, mozaik se sestavlja, ne bo tako celovit, kot če bi bil minister cel mandat ali še dlje. Pa vendar, odprli smo Hospic in negovalno bolnišnico, zmanjšali smo število čakajočih, čakalne dobe se skrajšujejo, čeprav počasneje, kot si želim. Pomembno smo spodbudili obravnave bolnikov v bolnišnicah in ambulantni; plačilo do 20-odstotnega preseganja plana specifičnih storitev znotraj akutne obravnave in deset odstotkov več za prve preglede je unikum v Evropi.



Preprosto enačbo se da rešiti na veliko načinov. Mi ponujamo daljše obdobje reševanja, upočasnjeno, premišljeno, da ne bi bilo veliko slabšega za večino ljudi



Odzivnost izvajalcev ni taka, kakršno bi na ministrstvu radi. Še bolj bi lahko presegali programe in skrajševali čakalne dobe. Glejte, uspelo nam je objaviti čakalne seznane in opozoriti na ta problem. Najslabše je frizirati in skrivati, kadar gre za dejstva. Ko sem predstavil teze, sem namerno podal oceno, da imamo za 90 milijonov evrov nekritih storitev. To je problem in izziv, ki se ga moramo lotiti.“

Ta podatek bo zagotovo eden izmed argumentov v javni razpravi.

“Zato tudi pričakujem, da bo razprava poglobljena in ne populistična. Ko imamo toliko bolnikov čakajočih, ko imamo toliko potreb po zdravstvenih storitvah, ki so za zdravje teh bolnikov res potrebne, se moramo skupaj spraševati, kaj so prioritete.“

Česa vas je naučilo sprejemanje pokojninske reforme?

“Tega, da si za prihodnost postavim neki cilj, čeprav morda celo utopičen, neke svetle točke, h katerim bomo stremeli. Na primer: deset odstotkov bruto domačega proizvoda za zdravstvo in vsaj 80 odstotkov sredstev za zdravstvo iz javnega vira. Samo reorganizirati, stiskati, varčevati bo namreč zelo težko, če želimo doseči resen premik, preboj.“

Kakšen pa je nauk pokojninske razprave?

“Da dolžina razprave vsebine dokumenta ne izboljša. Ne potrebujemo profesorjev, ki bodo samo črtali, ampak nam enakovredne svetovalce, ki bodo predlagali boljše in kaj novega, kar smo mi morda pozabili.”

Postavili ste tri temeljna načela. Geografsko, kakovostno in finančno dostopnost. Geografska postavitev sistema, ugotavljate, je povsem zašla.

“Drži, ker je sledila trendom reorganizacije Slovenije na nivoju občin; razparceliranost ne ustreza več potrebam. Medicinska znanost tako hitro narašča, da posamezna ustanova majhnemu krogu prebivalcev težko zagotavlja sodobno in kakovostno oskrbo. Treba se bo povezovati. Zanimivo, že imamo take rešitve v Sloveniji, a jih ne želimo podpreti in jih uveljaviti še kje. Primera dobre prakse, kako sta se reorganizirali, sta urgentni službi v Ljubljani in Mariboru. Izpostavljam Maribor, ker je to dosegel pred osmimi leti. 24-urno oskrbo nudijo v bolnišnici, glede na število obiskov so se dogovorili z bolnišničnimi zdravniki. Obala in Koroška prav tako sledita trendu, naj bo dežurna služba na enem mestu; že zakon iz leta 1992 pravi, da se dežurne službe izvajajo v bolnišnicah, če bolnišnice ni, pa zunaj nje. Obala je tako ravnala, vedoč, da so tam laboratorij, rentgen, specialistična oskrba. In ko resno zbolijo, je najbolje, da prideš na tisto mesto, kjer je ekipa že sestavljena.

Če govorimo o geografski dostopnosti, je dobra praksa še Osnovno zdravstvo Gorenjska, kjer so vsi na primarni ravni združeni v en center. Prav tako se za sodelovanje

odločajo bolnišnice, na primer Topolšica, Celje in Slovenj Gradec. V naštetih primerih se jasno vidi, da je to boljše za državljane, zaradi pomanjkajna kadra pa tudi za izvajalce.”

Spodbujate tudi povezovanje primar-sekundar, ko specialisti iz bolnišnic prihajajo v zdravstvene domove in tam zatavljajo oskrbo.

“V tem so najbolj napredni na Koroškem, Zdravstveni dom Velenje je podpisal sporazum s slovenjgraško bolnišnico, da bi skupaj načrtovali kadre in razvoj. Nekaj vzgibov je na Primorskem in Dolenjskem, kjer se bolnišnice že zavedajo, da si morajo zagotoviti gravitacijsko območje. Specialist gre na določeno območje, da si pridobi bolnike za nadaljnjo diagnostiko ali operacije. Prepričan sem, da bomo tako postavili močnejše, najprej virtualne regionalne centre, nato pa dejanske. To pomeni več bolnikov v domačem okolju, v regiji, in manj nepotrebne napotovanja na terciarno raven oziroma samo za tiste bolnike, ki bodo terciarno storitev res potrebovali, pomeni pa tudi manj odliva v tujino. Podobni procesi, ki so se začeli v sosednji Avstriji pred več kot desetimi leti, so obrodili uspehe in potrjujejo, da je mogoče z razpoložljivimi sredstvi zagotoviti bistveno več storitev; bolj optimalno je korišćenje kadra, infrastrukture, opreme, hkrati je dostopnost do storitev večja.”

Bolnišnice naj si zagotovijo gravitacijsko območje. Ali so tudi spodbude, naj začnejo ustvarjati nove produkte, uvajati nove storitve? Kot je primer postojnske porodnišnice z gradnjo babiške hiše?

“Če želimo to, moramo najprej postaviti osnovno košarico, šele nato bomo videli, kaj bo ostalo zunaj nje, izvajalci pa se bodo lahko odločali za inovativne aktivnosti. Zaradi obveznega in prostovoljnega zavarovanja do zdaj ni bilo mogoče vezati storitve še na tretji vir. Ko bomo določili standardno opredeljeno storitev v košarici, bomo lahko nudili še nadstandard. Rekli bomo, standardni porod je tak in tak, ostalo pa bo storitev za doplačilo, na primer rojevanje v vodi ali kaj podobnega. Do zdaj smo imeli kar vse pravice v obveznem zavarovanju, ne da bi bile jasno definirane.”

Določene storitve nekateri že iščejo v tujini. Vi napovedujete, če sprememb ne bo, bo takih bolnikov še več.

“Nekaj pozabljamo. Pred 19 leti je Slovenija v zdravstvenem smislu oskrbovala izrazito večje tržišče. Ljubljanski klinični center je bil glavna ustanova za skoraj pol Jugoslavije, njegovo gravitacijsko območje je za določene storitve dosegalo deset milijonov ljudi. Skrčilo se je na dva milijona, poleg tega je dobil konkurenco v mariborskem kliničnem centru. Zato je treba iskati nove priložnosti. Pet vrhunskih slovenskih zdravstvenih ustanov, oba univerzitetna centra, onkološki inštitut, ortopedska bolnišnica Valdoltra, Golnik kot klinični

oddelek za pljučne bolezni in alergijo ter univerzitetni rehabilitacijski center Soča, že skušajo ponujati storitve v evropskem prostoru in širše.“

Mreženje in povezovanje zavodov sta izključna vaša pristojnost, drugi del, o njihovih upravah in avtonomiji, pa se nanaša tudi na zakon o gospodarskih družbah.

“Tu ne bom imel popolne svobode. Nekaj specifike, da, ampak ta zakon odpira možnost, da bi morda nekatere kadrovske pomanjkljivosti in napake iz preteklosti lahko rešili tudi z izstopom iz kolektivne pogodbe. Če nekdo dela dopoldne v javnem zdravstvu, popoldne pa v zasebnem oziroma je dopoldne izpostavljen večjim sevanjem, popoldne pa ne, bi mu pač omogočili, da izstopi iz javnega sistema. Zakaj pa ne? Niso primer samo radiologi, podobno je z anesteziologi. Pri svojem delodajalcu so preobremenjeni, pri popoldanskem delu pa ne. Rešitvi sta dve. Da izstopijo ali pa da delajo med povezanimi izvajalci storitev znotraj enega samega. Pri tej rešitvi bomo morali zelo povečati variabilni del. Nekateri so bistveno bolj obremenjeni že danes, temu primerno večje naj bo plačilo oziroma stimulacija. Ne podpiram soglasij delodajalcev, da lahko neki zdravnik dela še drugod. Je netransparentno in ohranja sedanjo neracionalno mrežo. Če zdravniki iz kliničnega centra ali večjih bolnišnic odhajajo delat v manjše, s tem umetno vzdržujejo mikro oddelke ali dejavnosti. Bolnišnic ne bi zapiral, bi jih reorganiziral in jim ponujal, daj izvajajo dejavnost glede na potrebe prebivalcev in v določenem obsegu. Morda več specialistične obravnave, več dnevne obravnave ali katerih drugih storitev, ki jih ljudje potrebujejo. Tako majhne ustanove bodo težko preživele v naslednjih desetih letih.“

Združevanje obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bo poglavje zase. Kaj prinaša bolnikom oziroma državljanom?

“Na eni strani je Damoklejev meč tožbe evropske komisije, da odpremo zavarovalniški trg. Treba bo sprejeti dokončno odločitev. Ta je vedno izvedljiva in v zelo kratkem času. Ne bi pa želel, da izgubimo enkratno priložnost za spremembo zavarovalniškega sistema, ki je v vsej naši okolici posebnost; prav v Italijo, Avstrijo, na Madžarsko in še kam se bodo verjetno zatekali naši bolniki. V tej točki nadgradnje ne bom odločal sam, sodelovali bodo še drugi ministri, saj gre za javno finančno vzdržnost. Bo pa treba najti kompromis. Trdim, da če bodo sredstva prepuščena javni blagajni, jih bo ta, že zdaj dokazljivo, bolje upravljala. Predlogi so trije. Prvi ne pomeni krčenja pravic, drugi delno in tretji pomembno krčenje pravic. Odločili smo se, da obremenimo delojemalca, kot ga je že zdaj bremenilo prostovoljno dopolnilno zavarovanje, tudi zato, da povečamo konkurenčnost. Če celotna sredstva, zbrana v prostovoljnem zavarovanju, govorimo o 420

milijonih evrov, zberemo v obveznem zdravstvenem zavarovanju z dvigom prispevne stopnje, se bo prispevna stopnja povečala za 2,4 odstotne točke. Krčenja pravic ne bi bilo, javnofinančna vzdržnost bi se lahko zamajala, z argumenti pa lahko dokažem, da je to nepotrebno. Najbolj realno je, da se le škode oziroma sredstva, ki jih prostovoljne zavarovalnice dejansko namenijo zdravstvenemu sistemu in državljanom, to pa je 350 milijonov evrov, prenešajo v obvezno zdravstveno zavarovanje. To pomeni dvig prispevne stopnje za dve odstotni točki in 70 milijonov evrov primanjkljaja v proračunu zaradi izpada dohodnine, ob tem pa enaka vsota, 70 milijonov evrov, ostaja državljanom na razpolago. Prepričan sem, da bi jih porabili za boljše zdravje. Bruto plače ostanejo enake, neto plače bi se znižale, vendar bi se razpoložljivi dohodek povečal za skoraj 86 odstotkov državljanov, pri zaposlenih in upokojenicah. Seveda pa ta rešitev že odpira razpravo o redefiniciji košarice pravic, pri čemer spomnimo, da je že evidentiranih za 90 milijonov evrov potreb po resnično potrebnih zdravstvenih storitvah. Če bi bil dosežen širši družbeni dogovor za oblikovanje nove košarice, bi bilo iz nje mogoče izločiti nekatere socialne pravice in zdravstvene storitve. Med njimi nekatere nenujne reševalne prevoze, zdraviliška zdravljenja, ki niso nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, nekatera zdravila z vmesne liste. Za kritje tako zelo skrčene košarice bi potrebovali manj sredstev, potrebno zvišanje prispevne stopnje bi bilo nižje, ustrezno nižji bi bil izpad sredstev iz naslova dohodnine. Tretji scenarij tako predvideva, da bi se v primeru krčenja pravic v višini 60 milijonov evrov prispevna stopnja zvišala za 1,65 odstotne točke, izpad proračunskih sredstev pa bi znašal 58 milijonov evrov. Želim si, da bi se sredstva, zbrana na javni način, približala vsaj 80 odstotkom vseh sredstev za zdravstvo. Slovenija namreč zdaj s skoraj 27 odstotki zasebnih sredstev, ki jih namenja za zdravstvo, sodi v sam vrh evropske lestvice.“

Kateri zakon, zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ali zakon o zdravstvenem dejavnosti, bo prej sprejet?

“Oba vzporedno, upam.”

Pri katerem se bo bolj zapletalo?

“Razprava bo dolga, vse pa je odvisno od tega, ali smo se pripravljene kateri pravici odpovedati ali ne. Pri zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je več nedorečenosti, medtem ko se pri zakonu o zdravstveni dejavnosti lahko zapleta pri tistih točkah, ki niso bile pomembno izpostavljene. Na njih so se že lomila kopja, koncesije, vloga zbornice, toda to bomo prepustili politiki. Pri zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju bi rad dosegel pokritje košarice iz javnih sredstev, pri zakonu o zdravstveni dejavnosti pa reorganizacijo. Če uspe to dvoje, sem pri ostalem pripravljen popuščati.” ■