

REFORMIRANJE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA SLOVENIJE

Med “jugonostalgicnimi” in “lustracijskimi” težnjami

Uršula Lipovec Čebtron

179

IZVLEČEK

V prispevku avtorica predstavi reformiranje zdravstvenega sistema Slovenije, ki ga primerja z zdravstvenim sistemom nekdanje skupne države. Na podlagi etnografske raziskave med zdravstvenimi delavci iz različnih zdravstvenih ustanov Slovenije analizira nekatere vidike zdravstvenih reform, ki zajemajo predvsem bolj restriktiven dostop do zdravstvenih ustanov, privatizacijo določenih segmentov zdravstvenega sistema in spremenjene trende njegovega financiranja.

Ključne besede: reforme zdravstvenega sistema v Sloveniji, zdravstveni sistem SFRJ, dostop do zdravstvenih storitev, privatizacija, financiranje

ABSTRACT

The article presents how Slovenia's health system has been reformed and compares it with that of the former common state. Based on an ethnographic survey among health workers from different health institutions in Slovenia, it analyses some aspects of the reforms, which mainly entail more restricted access to health institutions, privatisation of certain segments of the health system, and changed funding trends.

Keywords: reforms of Slovenia's health system, health system of the SFRY, access to health services, privatisation, funding

Čeprav naj bi bilo zdravje ena najpomembnejših pravic državljanov, zdravstveno varstvo pa eno od vitalnih državnih interesov, je presenetljivo, da ob reformiranju tako pomembnega sektorja obstaja malo znanstvenih raziskav. Kot ugotavlja Tit Albreht (2010), ki je eden izmed redkih proučevalcev tega področja, primanjkuje raziskav, ki bi celovito analizirale spremembe zdravstva v Sloveniji v času politične in družbeno-ekonomske “tranzicije”,¹ pri čemer je opaziti izrazito odsotnost analiz o obdobju med 1985 in 1992. Poleg tega se zdi povedna tudi odsotnost poglobljenih primerjalnih analiz zdravstvenega sistema² nekdanje skupne države in nove države. To pomanjkanje raziskovalnega interesa je toliko bolj simptomatično, če pomislimo na eni strani na pretekli zdravstveni sistem, ki je na nekaterih področjih dosegel “zavidljivo raven” (Toth 2003: 462), ter na drugi strani na številne dileme in polemike o zdravstvu, ki že dolga leta polnijo časopisne članke in sprožajo vrsto reakcij v zainteresiranih javnostih.

Na naslednjih straneh nimam ambicije preseči vseh opisanih vrzeli, kljub temu pa želim analizirati določene vidike transformacije zdravstvenega sistema, ki so se zgodili po osamosvojitvi Slovenije. Glede na pomanjkanje znanstvenih raziskav bom poleg maloštevilnih razprav drugih raziskovalcev izhajala predvsem iz lastne terenske raziskave, ki sem jo v okviru svoje doktorske disertacije opravljala med zdravstvenimi delavci in administratorji v različnih zdravstvenih ustanovah v Ljubljani in v slovenski Istri. Del raziskave je potekal v obliki polstrukturiranih intervjujev, ki sem jih opravila s 24 zdravstvenimi delavci: z 18 zdravniki³ (med njimi je šest splošnih zdravnikov, ki delujejo v zdravstvenih domovih in zasebnih ambulantah, šest različnih specialistov, ki delajo v bolnišnicah, ter šest, ki so zaposleni bodisi v Univerzitetnem kliničnem centru bodisi v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča) in s šestimi medicinskimi sestrami (štiri delajo v zdravstvenih domovih, ena v bolnišnici, ena pa v Univerzitetnem kliničnem centru).

¹ Izraz “tranzicija”, ki ga številni raziskovalci (še vedno) nemoteno uporabljajo pri opisih postsocialističnih in postkomunističnih držav, postavljam v narekovaje, saj so mnoge antropološke študije pokazale na neustreznost tega termina. Koncept “tranzicije” namreč temelji na evolucionistični predstavi linearnega razvoja, ki naj bi zaznamoval pot od kolapsa preteklega režima do “znanega in zaželenega končnega proizvoda” (Prato 2011: 134). Kot ugotavljajo raziskovalci (Bardhoshi 2011; Prato 2011), pa ta koncept nima nobene teoretične in metodološke teže, saj ne zmore pojasniti dejanskosti: “Vsaka družbena realnost je kompleksna, zato družbeni sistem ne more – kot so naivno razlagali – slediti vnaprej začrtani poti in čudežno ‘preiti’ iz komunističnega režima v demokratičnega, kot da se v obdobju komunizma ne na Vzhodu in ne na Zahodu ne bi nič zgodilo” (Bardhoshi 2011: 117). Namesto izraza “tranzicija” zato uporabljam termin transformacija, kot ga razume Saltmarsh (Saltmarsh po Bardhoshi 2011: 117), preko katerega je mogoče bolje opisati dogajanje v postsocialističnih in postkomunističnih državah, kjer je ključno razumeti procese prilagoditve in preoblikovanja obstoječih institucij.

² Izraz zdravstveni sistem uporabljam kot prevod angleškega termina *health care system*, ki združuje tako sistem zdravstvenega varstva kot sistem zdravstvenega zavarovanja. S tem se odmikam od Kleinmanovega (1980) pojmovanja zdravstvenega sistema, ki je širše: “V vsaki kulturi se nahajajo v sistematični soodvisnosti: bolezen, odzivi nanjo, bolni posamezniki in posamezniki, ki bolezen zdravijo, ter s tem povezane družbene institucije. Skupek vseh teh medsebojnih povezav je zdravstveni sistem” (Kleinman 1980: 24).

³ Preliminarne pogovore sem opravila s tremi splošnimi zdravniki, ki delajo v zdravstvenih domovih. Kasneje sem se z njimi pogovarjala na osnovi polstrukturiranega intervjuja.

Ozadje reforme zdravstvenega sistema

V preliminarnih pogovorih z nekaterimi zdravstvenimi delavci se je izkazalo, da o zdravstvenem sistemu v Sloveniji razmišljajo skozi primerjavo z zdravstvom v nekdanji Jugoslaviji. Ta odnos se zdi kompleksen, saj ga zaznamuje tako odnos kontinuitete kot radikalnega reza, oziroma opozicije do predhodnega sistema. Ne le iz pogovorov z mojimi sogovorniki in sogovornicami, temveč tudi na osnovi znanstvenih analiz lahko zato trdim, da se je novi zdravstveni sistem vzpostavljal hkrati kot negacija in kot nadaljevanje preteklega jugoslovanskega zdravstvenega sistema. Ti dve povsem nasprotujoči si težnji sta se kazali v ideološkem ozadju celotne zdravstvene reforme,⁴ obenem pa tudi v reformiranju posameznih sektorjev zdravstva. Če obe težnji malce karikiram, bi ju lahko imenovala “lustracijska” in “jugonostalgična”⁵ težnja. Glede na to, da noben zdravstveni sistem ni zaprt, se tudi ti dve različni težnji nista pojavili izolirano, temveč ju lahko zasledimo v mnogih družbenih segmentih od osamosvajanja Slovenije dalje.

181

Pri prvi, “lustracijski” težnji, lahko opazimo željo po prekinitvi z jugoslovansko zapuščino,⁶ ki je dojeta kot preživeta in neprimerna. Če je prejšnja država temeljila na kolektivnih principih in vrednotah solidarnosti, pa “lustracijska” težnja promovira vrednote, ki stremijo k vpeljavi tržnih elementov v zdravstveni sistem, na primer konkurenčnost in učinkovitost (prim. Kranjec 2003; Albreht 2010). Zahteva po večji konkurenčnosti je prihajala tako s strani združenj izvajalcev zdravstvene dejavnosti kot tudi s strani institucij Evropske unije, zaradi katere je bilo potrebno spremeniti nekatere zakonske določbe v smeri zagotavljanja večje konkurenčnosti zdravstvenih storitev (Albreht 2010: 72). Tržni elementi, kot so konkurenčnost in učinkovitost, so bili v novi zdravstveni sistem vključeni s procesom privatizacije, ki je bila pogosto dojeta kot “magično zdravilo” za vse probleme v javnem sektorju” (Albreht 2010: 83). Tako je bila še pred osamosvojitvijo Slovenije načrtovana vzpostavitev manjših zasebnih bolnišnic, ki bi nadomestile večje, obenem pa se je razmišljalo o privatizaciji vseh manjših in delno tudi večjih bolnišnic, kar pa se ni udejanjilo (ibid.: 98). Trend privatizacije zdravstva je bil v jasnem nasprotju s prejšnjim jugoslovanskim sistemom, ki je vse od svojega nastanka eksplicitno prepovedoval⁷ zasebno zdravstveno dejavnost, obenem pa se je dediščino prejšnjega sistema želelo prekiniti z omejevanjem vloge države. Tako v Sloveniji kot v drugih postsocialističnih državah se je namreč

⁴ Leta 1992 je bila sprejeta nova zakonodaja na področju zdravstva, ki pa se je pripravljala že od leta 1990 dalje; zajemala je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti in Zakon o lekarniški dejavnosti.

⁵ Kot sem zapisala, gre za karikirana izraza, zato je potrebno poudariti, da tako kot pri “lustracijski” težnji ne gre za namero po popolnem rezu z vsemi segmenti preteklega zdravstvenega sistema, tudi pri “jugonostalgični” težnji ni opaziti želje po povzemanju vseh dimenzij preteklega sistema, temveč predvsem po ohranjanju njegove socialne dimenzije.

⁶ To ideološko pozicijo ilustrirajo besede Antona Dolenca, takratnega predsednika Slovenskega zdravniškega društva, ki je v svojem govoru 1992 izrazil prepričanje, da se je potrebno, če želimo nadaljevati s svojo demokratično zgodovino, najprej vrniti v situacijo leta 1939 (Albreht 2010: 14).

⁷ Zasebna zdravniška dejavnost se je po 2. svetovni vojni lahko nadaljevala le še do leta 1947, ko so prenehali s podeljevanjem licenc za zasebne zdravnike, povsem ukinjena pa je bila leta 1957 (Albreht 2010: 82).

pojaval imperativ, da se mora država odpovedati velikemu deležu regulativnih in odločevalskih funkcij, kar je kasneje pogosto pripeljalo do korporativistične filozofije (ibid.: 15). Posledično so se nekdanje funkcije in pristojnosti države v veliki meri prenesle na druge nosilce interesov, kot sta Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije (Toth 2003: 483).

182

Nasprotno tendence, ki bi jih lahko karikirano imenovali “jugonostalgične” težnje, pa obeležuje predvsem želja po ohranjanju številnih elementov preteklega zdravstvenega sistema in krepitev javnega zdravstva, zaradi česar je opaziti nasprotovanje vpeljevanju tržnih mehanizmov v zdravstveni sistem, zoperstavljanje povečanemu trendu privatizacije in skeptičnost do pretiranega omejevanja vloge države na račun drugih interesnih partnerjev. Če so bile “lustracijske” težnje usmerjene v hitro reformiranje zdravstvenega sistema, so se “jugonostalgične” težnje – predvidljivo – zavzemale za počasnejšo transformacijo tega področja in so želele nekatere segmente zdravstva ohraniti nespremenjene, kot na primer osnovno zdravstveno varstvo s sistemom zdravstvenih domov. “Jugonostalgične” težnje so tudi promovirale visoko stopnjo solidarnosti pri financiranju zdravstvenega sistema in zahtevale pravičnejšo dostopnost do zdravstvenih storitev, v smislu enake dostopnosti za vse ljudi z enakimi potrebami (prim. Albreht 2010: 90; Gibanje 2011).

Zdravstveni sistem, kot ga poznamo danes, je rezultat delovanja obeh teženj.⁸ Od začetkov reformiranja zdravstvenega sistema leta 1990 do danes smo priča njihovemu preigravanju in medsebojnemu vplivanju, kar lahko na zdravstveni sistem deluje tako zaviralno kot varovalno – odvisno od perspektive opazovalca. Zaviralno vlogo bi lahko opazili predvsem v pomanjkanju celovite strategije razvoja zdravstvene dejavnosti (Toth 2003: 484). Tit Albreht (2010: 74) pokaže na to odsotnost strategije in zapiše, da je v začetku procesa reformiranja zdravstvenega sistema obstajala predvsem dilema, ali naj se povsem opusti stari sistem, pri čemer je bilo kasneje odločeno, da se “obstoječa hiša javnega zdravstva” vseeno ohrani. Vendar pa “so se glavni arhitekti reforme pregovarjali o stilu in velikosti obnove ter o številu sob” (Albreht 2010: 74) in se namesto za celovito nacionalno strategijo pogosto raje odločali za delne, *ad hoc* rešitve brez dolgoročnih ciljev (ibid.: 75; prim. Toth 2003: 484).

Obenem pa imajo te nekompatibilne težnje tudi posledice, v katerih bi lahko videli varovalno funkcijo. Če bi obveljale le “lustracijske” težnje, bi zdravstveni sistem Slovenije verjetno doživel veliko hitrejše in bolj radikalne reforme, kot jih poznajo številne postkomunistične države (prim. Seifert in drugi 2008; Bazylevych in Hresanova 2011; Riska in Novelskaite 2011). Čeprav je Slovenija, tako kot druge vzhodnoevropske države, zdravstveni sistem reformirala v številnih vidikih (sprejela sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja, privatizirala delež zdravstvene dejavnosti, decentralizirala in deregulirala zdravstveni sistem, spremenila sistem financiranja ter zmanjšala kapacitete bolnišničnega sektorja), pa je reforme vpeljevala

⁸ Opisana dihotomija, ki izhaja iz etnografskega materiala in obstoječih analiz, se morda zdi poenostavitev bolj kompleksnega dogajanja. Kasnejše raziskave bodo pokazale, ali poleg obeh opisanih teženj obstajajo še druge, ki jih moja raziskava ni zajela.

veliko počasneje in bolj previdno kot ostale postkomunistične države (Černič Istenič 1998; Markota et al. 1999; Seifert et al. 2008: 141; Albreht 2010: 133). Razlog za ta drugačen ritem transformiranja zdravstvenega sistema gre, poleg nekompatibilnosti obeh teženj in vplivu “jugonostalgične” težnje, iskati tudi v značilnostih nekdanjega jugoslovanskega zdravstvenega sistema. Nekdanja skupna država je od leta 1963, ko se je dejansko vzpostavila federativna država, postopoma podeljevala vse več pristojnosti posameznim republikam in že v 70. letih prejšnjega stoletja povsem decentralizirala zdravstveni sistem (prim. Markota et al. 1999). Na nivoju federativne države je bilo skupno le še urejanje odnosov zdravstvenih zavarovanj z drugimi državami, ukrepi za obvladovanje nalezljivih bolezni, ki bi lahko ogrozile celotno državno območje, ter zagotavljanje distribucije zdravil in določanje njihovih cen (Toth 2003: 461). Zdravstveni sistem Slovenije je bil tako dvajset let pred neodvisnostjo države (skoraj) v celoti avtonomen ter se je kazal kot uspešen na mnogih področjih, pri čemer gre izpostaviti dobro delujoč sistem zdravstvenih domov in komprehenzivno zdravstveno varstvo, ki je bilo dostopno vsemu prebivalstvu. Ravno ta dvajsetletna izkušnja samostojnega načrtovanja in vodenja zdravstvenega sistema se zdi ključen dejavnik, ki je prispeval k bolj previdnemu reformiranju zdravstva v neodvisni Sloveniji.

Raziskovalci se danes strinjajo, da je bila ta previdnost potrebna, in vidijo transformacijo zdravstvenega sistema kot uspešen podvig (Markota et al. 1999; Toth 2003; Albreht et al. 2009; Albreht 2010). To dokazujejo predvsem v primerjavah z drugimi postkomunističnimi državami, vendar se pri tem postavlja vprašanje, ali so te primerjave vedno utemeljene, saj so mnoge vzhodnoevropske države imele v preteklosti precej drugačne zdravstvene sisteme, ki so delno temeljili na Semashkovem modelu, česar pa nekdanja Jugoslavija ni poznala. Tudi primerjave z nekdanjimi republikami skupne države so lahko dvomljiv pokazatelj “uspešnosti” zdravstvenega sistema Slovenije, saj so nanje vrsto let vplivale vojne razmere. Poleg tega je pri primerjanju statističnih podatkov o zdravju prebivalstva v Sloveniji (smrtnost dojenčkov, splošna smrtnost, smrtnost zaradi nalezljivih bolezni, smrtnost zaradi rakastih obolenj, smrtnost zaradi bolezni srca in ožilja, smrtnost zaradi poškodb in nasilnih smrti, pričakovana življenjska doba) pogosto opaziti implicitno ali eksplicitno predpostavko, da nam ti kazalniki dajejo ključno povratno informacijo o “uspešnosti” ali “neuspešnosti” zdravstvenega sistema. Pa je res tako? Če pomislimo, da na zdravje prebivalstva ključno vplivajo številne družbene determinante zdravja (na primer starostna, izobrazbena in poklicna struktura prebivalstva, stopnja brezposelnosti in revščine, stanovanjski pogoji, prehranjevalne navade, zdravju škodljive razvade idr.), bi težko statistične podatke o zdravju prebivalstva razumeli izključno kot pokazatelje “uspešnosti” delovanja zdravstvenega sistema.

Če pustim ob strani te metodološke dileme, bi veljajo o reformah zdravstvenega sistema spregovoriti na osnovi izkušenj zdravstvenih delavcev, ki so bili z mano pripravljani deliti svoja stališča. Kot sem že omenila, se je v preliminarnih pogovorih z njimi pokazalo, da so o zdravstvenem sistemu Slovenije razmišljali preko primerjave z nekdanjim jugoslovanskim zdravstvom, zato sem vsem štiriindvajsetim – poleg drugih – zastavila tudi naslednji dve skupini vprašanj:

Kakšne so po vašem mnenju razlike med zdravstvenim sistemom v nekdanji Jugoslaviji in v današnji Sloveniji? Kaj se je spremenilo: kateri vidiki zdravstva so se izboljšali in kateri poslabšali? (2) So te spremembe v zdravstvu na kakršen koli način vplivale na vaše delo? Kako?

Glede na to, da so moji sogovorniki in sogovornice odgovore na obe skupini vprašanj združili, jih bom v nadaljevanju besedila tudi sama obravnavala enotno, pri čemer jih bom analizirala na osnovi problemskih sklopov ter izpostavila teme, ki so jih oni predstavili kot ključne.

184 Dostop do zdravstva: sedanja selektivnost namesto nekdanje univerzalnosti?

Od 24 zdravstvenih delavcev jih je 15 (ali 62,5 odstotka) ugotavljalo, da je zdravstveni sistem v Sloveniji manj dostopen, kot je bil v nekdanji Jugoslaviji. Med vsemi ostalimi vidiki primerjave obeh zdravstvenih sistemov, ki jih bom analizirala v nadaljevanju, je bil ta vidik najbolj zastopan oziroma izpostavljen. Tako je 15 oseb na različne načine izrazilo prepričanje, da je bil, v primerjavi s sedanjim zdravstvenim sistemom, nekdanji jugoslovanski zdravstven sistem bolj socialno orientiran in dostopen vsem prebivalcem.

Takrat [v SFRJ] sploh ni bilo nezavarovanih, vsi so bili zavarovani. Ne spomnim se, da bi bil sploh kakšen primer, da bi bil brez zavarovanja. Tudi klošarji so verjetno vse dobili pri splošnem zdravniku, so tam vse uredili in ne vem ... Bolj je bilo solidarno, dostopno. (Bojana, zdravnica, 60 let)

Jugoslavija je bila bolj socialno orientirana, tudi v zdravstvu. (Karolina, upokojena zdravnica, 63 let)

V času Jugoslavije nihče ni gledal, če ima kdo zavarovanje ali ne. /.../ Ljudje niso imeli zavarovanja iz preprostega razloga, ker niso imeli potrjene knjižice pri delodajalcu, in tako se je zgodilo, da so oni prinesli knjižico od drugega in tako smo celo enkrat pisali penicilin na knjižico nekoga, ki je bil alergičen na penicilin! To je bil tak sistem: če si dobil nezavarovanega, si poiskal nekoga, ki je bil pri tebi pred šestimi meseci in si na njega pisal. Ampak nekateri niso imeli ničesar, cela družina je bila lahko brez zavarovanja in bi morali plačati, pa sem šel do šefice in vprašal: kaj naj naredim? Je rekla: 'Zdravi, daj zdravila!' Pa smo tako nekako vse pozdravili, dali zdravila za domov. Velika razlika med Jugoslavijo in zdaj, v Sloveniji, je, da si imel takrat vedno dovolj prostora za manevriranje – tu pa tega ne moreš, ker te takoj obtožijo za različne stvari. Jaz sem bil tudi pri ombudsmanki za človekove pravice, ko je delegacija iz Iraka vprašala, kakšna je razlika zdaj in prej, v Jugoslaviji. Ona je rekla, da je bil zdravstveni sistem včasih boljši. (Samo, zdravnik, 49 let)

Nasprotno pa imata dve osebi od 25 sogovornikov in sogovornic drugačna stališča. Zdravnik Rok zavrača prepričanje, da je bil v nekdanji Jugoslaviji dostop do zdravstvenih storitev bolj solidaren kot tisti v reformiranem slovenskem zdravstvu, pri čemer plačevanje participacije primerja z dopolnilnim zdravstvenim

zavarovanjem. Medicinska sestra Magda pa sicer priznava, da je bil prejšnji sistem bolj dostopen vsem prebivalcem, vendar podpira večjo restriktivnost novega sistema:

Pravijo, da je bilo jugoslovansko zdravstvo bolj solidarno usmerjeno ... Takrat je bila taka propaganda, danes pa po medijih vidimo stalno negativno opisovanje zdravnikov, zdravstva – ta pozitivni deja vu je znan, če gledaš 90-letnike, ki govorijo idealistično o rajni Avstriji, manjka nam statistična analiza. Se spomnim diareje: ena slikica, kjer bolnik leži na postelji in reče: sestra umiram; sestra pa reče: najprej plačejte participacijo! Torej: tudi tam je bilo treba participacijo plačat in je podobno kot dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ni res, da smo vse dobili zastoj. Nekateri so elektriko naredili iz samoparticipacije. Slovenci smo znani po slabem zgodovinskem spominu. (Rok, zdravnik, 35 let)

185

Ne moreš ti bit socialna država, kot smo bili včasih, in sprejet nov sistem, ki je zdaj, ki se nagiba h kapitalizmu! To ne gre: takrat smo bili pač tako, zdaj smo se odločili za drugi sistem in ta drugi sistem moramo tudi sprejeti! Ne moremo več delati na tistih tleh, ker so šla. Zaradi tega pride do tolikih nesporazumov, do tolikih kreganj, ker ljudje enostavno ne razumejo, niso sprejeli, da je nov sistem. Ne morem zahtevati nečesa, tako kot prej, da dobim brezplačno tako kot prej – zdaj pa moram plačat. Včasih si imel tisto knjižico, ali pa je nisi. /.../ Mislim, da je to čisto v redu. Če ne bi bilo tega, bi šli nazaj na ono jugoslovansko, ko je vse za vse. Moje izkušnje pravijo, da takrat, ko smo lahko vse dobili – prvič, sploh nismo znali ceniti in smo mislili, da vse to ni nič. (Magda, medicinska sestra, 59 let)

Ali je bilo nekdanje jugoslovansko zdravstvo res bolj dostopno od sedanjega? Ali 15 sogovornikov in sogovornic, ki poudarjajo univerzalno dostopnost prejšnjega sistema, pretirava? Je to res le idealiziranje preteklosti, kot trdi sogovornik Rok? Če želimo njihova različna stališča ustrezno interpretirati, moramo najprej ugotoviti, kaj je pogojevalo dostop do zdravstvenih ustanov v nekdanji Jugoslaviji. Če se ozremo na prvo obdobje po 2. svetovni vojni, ugotovimo, da je bilo leta 1947 sicer z zakonom določeno obvezno zavarovanje za vse, ki so v delovnem razmerju, kljub temu pa v socialno zavarovanje ni bilo vključeno vse prebivalstvo – izključeni so namreč ostali kmetje in nekatere druge skupine (odvetniki, samostojni umetniki, duhovniki) (Toth 2003: 442). Kot je omenjala medicinska sestra Magda, je financiranje socialnega zavarovanja potekalo s prispevki, katerih višino je v tem prvem obdobju določala vlada ter so se stekali v državni proračun. Martin Toth ugotavlja, da je od klasičnega Bismarkovega modela zavarovanja ta sistem ohranil le financiranje s prispevki, tako da je “takratno ureditev mogoče le pogojno razumeti kot socialno zavarovanje, saj se je bolj nagibala k nacionalni socialni varnosti” (Toth 2003: 442). Poleg tega je ta način financiranja socialne varnosti pogosto dajal ljudem občutek, da so storitve dar države oziroma so “brezplačne”, kot se je izrazila sogovornica Magda. Dejansko so – kot je opozoril sogovornik Rok – prispevke plačevali zavarovanci sami oziroma njihova podjetja in organizacije s plačevanjem v zvezni proračun. Šele zakon o zdravstvenem zavarovanju leta 1962 je pravice do zdravstvenega zavarovanja razširil tudi na ostale skupine, ki so bile do tedaj izključene, obenem pa so bili lahko zdravstveno zavarovani tudi družinski člani zavarovancev (ibid.:

446). Ključen premik na področju zdravstvenega zavarovanja pa se je zgodil leta 1970, ko se je uveljavilo “delavsko samoupravljanje” in vzpostavila avtonomija posameznih republik, ki je – kot sem že omenila – omogočila vsaki republici urejanje zdravstva na osnovi lastnih interesov. Novi zakon leta 1970 je, skladno z modelom samoupravljanja, določal, da si zdravstveni zavarovanci v okviru skupnosti zdravstvenega zavarovanja samostojno določajo zdravstveno varstvo in druge pravice, saj je prevladalo prepričanje, da je v zdravstvenem varstvu mogoče doseči največje rezultate, če so vanj v čim večji meri vključeni vsi tisti, ki so zanj najbolj zainteresirani in ga financirajo (ibid.: 450–451). Za razmišljanje o dostopnosti zdravstvenih storitev v nekdanji Jugoslaviji je pomembno, da je ta zakon vsem prebivalcem omogočil zavarovanje za obvezne oblike zdravstvenega varstva, kar pomeni, da je bilo v Sloveniji že v 70. letih prejšnjega stoletja uvedeno komprehezivno zdravstveno varstvo po principu solidarnosti in visoke stopnje socialne varnosti (ibid.: 451). Ta princip solidarnosti oziroma socialne orientiranosti prepoznavata tudi sogovornici Bojana in Karolina. Po letu 1974 so se zdravstvene pravice še dodatno razširile, postopoma pa se je ukinil izraz zavarovanec, saj je nova zakonodaja omogočala določene pravice vsemu prebivalstvu, pri čemer zavarovanje ni bilo več osnova za uresničevanje zdravstvenih pravic (ibid.: 455). Poleg tega so v tem obdobju skupnosti zdravstvenega zavarovanja nadomestile samoupravne interesne skupnosti (SIS), v okviru katerih so predstavniki izvajalcev in delavcev odločali o vseh vprašanih zdravstvenega varstva ter o pravicah in obveznostih zavarovanih oseb – tako so o višinah zdravstvenih prispevkov imeli možnost soodločati njihovi plačevalci (ibid.: 454, 462). Delovanje teh skupnosti je vodil princip solidarnosti: “Če bi posamezna občinska zdravstvena skupnost morala biti tudi rizična, bi bile po dostopnosti do zdravstvenih storitev in možnosti uveljavljanja pravic uporabnikov med njimi velike razlike ali pa bi se pokazale v razliki v višinah prispevnih stopenj. Zato je zakon zavezoval vse občinske skupnosti k uresničevanju najširše solidarnosti” (ibid.: 458). S tem solidarnostnim delovanjem so zmanjšali razlike, ki so nastale kot posledica gospodarske neenakosti med občinami. Princip solidarnosti je bil tudi podlaga za široko razširjeno prakso v nekdanji Jugoslaviji, ki jo omenja sogovornik Samo, da so bile zdravstvene pravice dosegljive tudi osebam, ki niso plačevale prispevkov, in tudi v primeru, da zanje ni bilo zadostnega finančnega kritja (Markota et al. 1999). Po mnenju raziskovalcev (Albreht 2010: 64) naj bi samoupravni model zdravstva poleg številnih pozitivnih sprememb (univerzalno dostopne zdravstvene storitve; avtonomno zdravstveno varstvo, o katerem so imeli možnost soodločanja plačevalci prispevkov; zelo široka in dobro delujoča mreža osnovne zdravstvene dejavnosti ipd.) imel tudi mnoge slabosti (razdrobljenost sistema zdravstvenega varstva; zadolževanje zaradi mnogih investicij, ki presegaajo finančne zmožnosti ipd.), ki naj bi prispevale k finančnemu kolapsu jugoslovanskega zdravstvenega sistema konec 80. let prejšnjega stoletja (Markota et al. 1999; Albreht 2010: 64).

Če se vrnemo k temi dostopnosti preteklega zdravstva, lahko ugotovimo, da je bil od 70. let prejšnjega stoletja dalje jugoslovanski zdravstveni sistem v teoriji in praksi univerzalno dostopen za vse prebivalstvo. Zagotovo ta dostop za večino prebivalcev ni bil “brezplačen”, saj so zanj plačevali prispevke, vendar

pa je bil, zaradi principa solidarnosti, dostopen tudi osebam brez zdravstvenega zavarovanja.

Hrbtna plat vprašanja o dostopnosti zadeva zdravstveni sistem Slovenije. Če je torej 15 sogovornikov in sogovornic prepričanih, da je bil prejšnji zdravstveni sistem bolj dostopen, je obenem poudarjalo slabši ali neenak dostop do zdravstvenega varstva v sedanjem sistemu. Pri tem pogosto omenjajo poglobljanje razlik med višjimi in nižjimi sloji prebivalstva:

Slabe strani sprememb pa so predvsem v tem, da se pogloblja prepad med bogatimi in revnimi tako globalno kot tudi na področju zdravstva. To se opazi pri dostopu do zdravstvenih ustanov. (Milan, zdravnik, 63 let)

Jugoslavija je bila socialna država. Slovenija ni socialna država, je bolj kapitalistična država. Žal nismo tako bogati kot neke zahodne države, da bi si privoščili višji nivo sociale. Zato je tudi dostop slabši – ne za vse, ampak za revnejše. (Miro, zdravnik, 61 let) 187

Poleg teh načelnih stališč o neenakem dostopu do zdravstvenih storitev, pa sedem sogovornikov in sogovornic problem dostopa povezuje predvsem s sistemom zdravstvenega zavarovanja, ki naj bi prispeval k zmanjševanju zdravstvenih pravic:

Po mojem se je bistveno skrčil obseg zdravstvenih storitev, ki jih pokriva zdravstvena zavarovalnica v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, brez doplačil. O kakršnem koli izboljšanju pa bi ta trenutek težko govorila. (Ljubica, medicinska sestra, 60 let)

Obseg pravic do zdravstvenih uslug je danes preveč odvisen od materialnih možnosti človeka. /.../ Ovira je večanje števila nezavarovanih ali le z obveznim zavarovanjem varovanih ljudi. To je skupina ljudi, ki dejansko nima 27 evrov na mesec za plačilo dodatnega zavarovanja in še manj za vsa potrebna doplačila za bolj komplicirane zdravstvene usluge, zdravljenja z dragimi zdravili, razne oblike rehabilitacije itd. Danes zdravstveno varstvo ni več vsem dostopno v obsegu in kvaliteti, kot bi to terjala narava bolezni. (Silva, upokojena zdravnica, 67 let)

Sistem je takšen: čim nimate zdravstvenega zavarovanja ali pa le osnovno zavarovanje, je zelo težko priti do zdravljenja. Iz osebnih izkušenj vem, da je tako. Tudi tisti, ki imajo le osnovno, ne morejo na preiskave, dobiti zdravila. Veliko ljudi, ki so tehnološki višek, je ostalo brez dela in nimajo denarja, ne dobijo pregledov, ne morejo kupiti zdravil. Vse to stane, ta doplačila. /.../ Tu ni problem le izbrisanih, brezdomcev, beguncev, ampak tudi Slovencev – to so večinoma Slovenci, ki so delali tu, živeli, se starajo tu in iz različnih razlogov nimajo zaposlitev, in zdaj je ta oseba na socialnem in dobi neko socialno podporo in je kroničen bolnik, ki ima 50, 60 let. Čim nimate urejenega zavarovanja, je zelo težko. Vse se zvede na to, da brez dodatnega nimaš nič – osnovno zavarovanje ne pomeni nič brez dodatnega. Takrat ste zunaj zdravstvenega sistema in ne morete nič. /.../ Te agencije za zavarovanje, Vzajemna in druge, zahtevajo, da plačaš vsak mesec, če ne plačaš, ti računajo obresti. /.../ Hec je v tem, da v tej situaciji v Sloveniji niso le revni, le od drugod – vsi ljudje so lahko v tej situaciji. (Samo, zdravnik, 49 let)

Iz navedenih stališč je opazno, da po mnenju sogovornikov in sogovornic dostop pogojujejo finančne zmožnosti posameznika, saj so zdravstvene storitve povezane s plačevanjem zdravstvenega zavarovanja (obveznega in dopolnilnega) ter z doplačili (za zdravila, storitve, ki jih dopolnilno zavarovanje ne krije ipd.). Glede na to, da so finančne zmožnosti prebivalstva različne, moji sogovorniki in sogovornice opozarjajo, da se povečuje neenak dostop do zdravstva. Pri tem zdravnik Samo poudari, da ta dostop ni vse bolj omejen le za ranljive skupine, kot so izbrisani, brezdomci in begunci, temveč tudi za vse ostale prebivalce, ki potencialno lahko ostanejo brez zdravstvenih pravic: *Hec je v tem, da v tej situaciji v Sloveniji niso le revni, le od drugod – vsi ljudje so lahko v tej situaciji.*

188

Če sem na predhodnih straneh ugotavljala, da je v zadnjih dvajsetih letih nekdanje skupne države v teoriji in praksi obstajal univerzalen dostop do zdravstvenega varstva, se zdi potrebno vprašati, s katerimi reformami zdravstvenega sistema se je ta univerzalnost transformirala v selektivnost in neenakost, o kateri govorijo sogovorniki in sogovornice.

Eden od ključnih ciljev zdravstvene reforme v začetku 90. let prejšnjega stoletja je bila vpeljava socialnega sistema zdravstvenega zavarovanja, ki naj bi zagotavljala financiranje sistema in kritje izdatkov zavarovanih oseb za zdravstvene storitve (Toth 2003: 465). Socialistični samoupravni model je bil nadomeščen z obveznim zdravstvenim zavarovanjem po Bismarkovem modelu, po katerem so aktivni zavarovanci bili dolžni plačati prispevek v odstotnem deležu od bruto plače, enak prispevek pa je zanje plačal tudi delodajalec. V želji, da bi se izognili fragmentaciji sistema zdravstvenega zavarovanja, ki se je zgodila nekaterim drugim vzhodnoevropskim državam (na primer na Poljskem in Češkem), je bil ustanovljen le en zavod za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Albreht 2010: 121). Vendar pa obvezno zdravstveno zavarovanje od vsega začetka ni zagotavljalo vseh zdravstvenih storitev, temveč le nekatere,⁹ pri vseh drugih pa je bilo potrebno določen delež cene doplačati. To je skladno z zgoraj navedenimi ugotovitvami mojih sogovornikov in sogovornic, med katerimi je tudi Ljubica, ki opaža, da *se je bistveno skrčil obseg zdravstvenih storitev, ki jih pokriva zdravstvena zavarovalnica v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, brez doplačil.*

Ravno zaradi množice doplačil, s katerimi je bil soočen zavarovanec z osnovnim zavarovanjem, je zakon iz leta 1992 predvidel dopolnilno ali “prostovoljno” zavarovanje, ki naj bi pomenilo zaščito pred dodatnimi izdatki za zdravstvo. Vendar pa je vse od uvedbe dopolnilno zavarovanje sprožalo mnoge pomisleke in polemike. Prvič zato, ker obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti krije tako omejen obseg storitev, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje za iskalca

⁹ Tako so bili osebam, ki so imele obvezno zavarovanje, na primer v celoti pokriti ukrepi zgodnjega odkrivanja bolezni, ki so bili predvideni v nacionalnem programu (zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu, dojka, zvišanega krvnega tlaka, holesterola, krvnega sladkorja ipd.) ter preventivne storitve povezane s temi boleznimi; storitve zdravljenja poškodb na delu in poklicnih bolezni ipd. V celoti pa so bile krite storitve namenjene otrokom in mladoletnikom do 18. leta starosti ter storitve za načrtovanje rojstva otrok in materinstva (Toth 2003: 469).

zdravstvenih storitev običajno pomeni nujen predpogoj, da bo zdravstvene storitve deležen brez doplačil, ali, kot se je v navedenem delu intervjuja izrazil sogovornik Samo: *Tudi tisti, ki imajo le osnovno, ne morejo na preiskave, dobiti zdravila.* Kot ugotavlja Tit Albreht (2010: 130), je dopolnilno zdravstveno zavarovanje za mnoge bolnike, predvsem za kronične, pravzaprav postalo osnovno zdravstveno zavarovanje. Podobno stališče imajo predstavniki Gibanja za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva: *“Zahtevamo, da se pravice, ki so pomembne za zdravje ljudi, bodisi v celoti vrne v obvezno zdravstveno zavarovanje ali pa da premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje postanejo sorazmerne finančnim zmožnostim posameznika. Dopolnilna zdravstvena zavarovanja morajo postati neprofitna, ne glede na to, kdo jih izvaja”* (Gibanje ... 2011).

Zadnji del navedenih zahtev omenjenega gibanja se nanaša na drug problem dopolnilnega zavarovanja, ki je sprva spadalo pod Zavod za zdravstveno zavarovanje, torej pod javni in neprofitni zavod. Kasneje, od leta 1998, so to področje prevzele komercialne zdravstvene zavarovalnice, ki so se ravnale po tržnih načelih in imele predvsem interes po ustvarjanju dobička (Toth 2003: 472; Albreht 2010: 130–139). Problem, ki ga vidijo raziskovalci, je, da te komercialne zavarovalnice niso zakonsko zavezane, da dobiček od poslovanja vračajo v zdravstveno dejavnost, v smislu vlaganj v infrastrukturo te dejavnosti (Albreht 2010: 120). Poleg tega pa kljub večletnemu poslovanju z dobičkom zavarovalnice niso pripravljene znižati stopnje premij, zaradi česar dopolnilno zdravstveno zavarovanje pomeni za prebivalce vir neenakosti, za zdravstveni sistem v celoti pa predstavlja šibko točko (ibid.: 121). Zaradi vseh omenjenih dilem se od leta 2003 do danes pojavljajo različni predlogi o opustitvi dopolnilnega zavarovanja kot neodvisnega vira oziroma vrnitev tega zavarovanja pod okrilje Zavoda za zdravstveno zavarovanje, vendar se za zdaj te namere še niso uresničile.

Poleg problemov, ki jih sogovornice in sogovorniki omenjajo v zvezi z osnovnim in dopolnilnim zavarovanjem, po njihovem mnenju k neenakemu dostopu do zdravstvenega varstva prispevajo tudi številna druga doplačila. Čeprav naj bi se z dopolnilnim zavarovanjem ta doplačila ukinila, raziskovalci (Toth 2003; Albreht et al. 2009; Albreht 2010) ugotavljajo, da jih je – nasprotno – vedno več in so vse dražja, kar postavlja pod vprašaj načelo solidarnosti v zdravstvenem sistemu. Zdravstvena reforma v začetku 90. let prejšnjega stoletja, ki je vzpodbujala priliv dodatnih sredstev za zdravstvo, je namreč privedla do povečanja osebnih izdatkov za zdravstvo: ob že omenjenem plačevanju prispevka za obvezno in dopolnilno zavarovanje je potrebno za številne zdravstvene storitve (na primer zobozdravstvo, rehabilitacija ipd.) doplačevati različno velike odstotke, poleg tega so doplačila povezana z dostopom do zdravil, ki niso na pozitivni listi, ter z obiskovanjem zasebnih zdravstvenih dejavnosti, ki so brez koncesije, ipd. Ko so osebni zdravstveni izdatki leta 2008 obsegali že 27 odstotkov vseh zdravstvenih izdatkov, so se tako nekateri analitiki kot splošna javnost odzvali z javnim nasprotovanjem, ki je razvidno tudi v zahtevi Gibanja za ohranjanje in izboljševanje zdravstva: *“Zahtevamo, da država z zakonom ali nacionalnim programom opredeli sveženj pravic, ki jih mora zagotavljati obvezno zdravstveno*

zavarovanje, pri čemer nasprotujemo zmanjševanju teh pravic in prenašanju finančnih bremen na zasebna sredstva prebivalcev” (Gibanje ... 2011).

190

Čeprav raziskovalci izražajo stališče, da sedanji zdravstveni sistem temelji na enakem in pravičnem dostopu do zdravstvenih storitev, zdravstveno zavarovanje pa “zagotavlja prebivalstvu visoko stopnjo zdravstvene in socialne varnosti” (Toth 2003: 484) oziroma “visoko stopnjo univerzalnosti” (Albreht 2010: 116), bi tem trditvam lahko le pogojno pritrdila. To prepričanje oba navedena avtorja utemeljujeta predvsem z visokim številom zavarovancev: na primer, leta 2003 ni bilo obvezno zdravstveno zavarovanih le 26.000 oseb, ki so bile upravičene do tega zavarovanja, leta 2008 pa le še 7.570; za dopolnilno zdravstveno zavarovanje se je že v prvem letu njegovega nastanka odločilo več kot milijon zavarovancev, leta 1996 pa “že okrog 1,4 milijona prebivalcev ali skoraj vse prebivalstvo, ki bi moralo doplačevati določen znesek iz lastnih sredstev” (Toth 2003: 472). Čeprav so te številke zagotovo visoke, pa se je vseeno potrebno vprašati, ali ti statistični podatki res odlikavajo celotno populacijo. Kako je z vsemi osebami, ki so – tako kot izbrisani, nedokumentirani migranti, delavci migranti z začasnim bivališčem, brezdomci ipd. (Lipovec Čebtron 2007, 2010; Razpotnik in Dekleva 2009) – ostale nevidne za statistične raziskave? Čeprav je bilo za ranljive in ekonomsko šibkejše skupine prebivalstva kasneje zagotovljeno zdravstveno zavarovanje na občini stalnega prebivališča (Pravilnik o merilih ... 2008) oziroma na Zavodu za zaposlovanje (Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje 2010), pa to ne velja za prebivalce brez pravnega statusa v Sloveniji ali za tiste, ki imajo le začasno prebivališče.

S tem razmislekom o dostopu do zdravstvenega zavarovanja v nekdanji Jugoslaviji in v Sloveniji nikakor nisem izčrpala vseh vidikov tega vprašanja: nisem se dotaknila pomembnega aspekta “čakalnih vrst”, dostopa do zdravstvenih storitev “preko zvez in poznanstev” ter cele palete problemov, ki lahko nastopijo, ko je uporabnik zdravstvenih storitev že sprejet v določeno zdravstveno ustanovo (od komunikacijskih problemov, vključno z vprašanjem jezikovne in medkulturne kompetence do drugih vidikov odnosa med bolniki in zdravstvenimi delavci). Vendar teh vidikov nisem želela odpirati, saj poskušam slediti temam, ki so jih izpostavljali moji sogovorniki in sogovornice, ki pa se ob njih niso ustavljali. Glede njihovega ključnega poudarka, ki zadeva razliko v dostopu med nekdanjim in sedanjim zdravstvenim sistemom, lahko na podlagi vsega zapisanega ugotovim, da je sedanje zdravstvo dejansko manj dostopno: poleg zdravstveno nezavarovanih oseb, ki ostajajo nevidne za statistične raziskave, je dostop omejen tudi za skupino oseb, ki imajo le osnovno zavarovanje, obenem pa se, zaradi povečevanja doplačil, dostop zmanjšuje tudi za vse tiste, ki imajo dopolnilno zavarovanje.

Privatizacija zdravstva: zasebno v javnem ali javno v zasebnem?

Druga tema, ki jo je bilo opaziti v odgovorih mojih sogovornikov in sogovornic na obe skupini zastavljenih vprašanj, se je nanašala na privatizacijo zdravstvenega sistema. Za razliko od predhodno obravnavane teme o dostopu zdravstva je temo

privatizacije izpostavilo le sedem oseb (29,16 odstotka), pri čemer so bila njihova stališča glede tega vprašanja deljena: štiri osebe so izpostavljale predvsem negativne vidike privatizacije, dve le pozitivne, ena oseba pa je govorila tako o pozitivnih kot o negativnih aspektih. V spodnjih navedbah so opazne te tri različne pozicije mojih sogovornikov in sogovornic:

V sedanjem zdravstvu je velik problem nekontroliranega javnega in zasebnega zdravstvenega varstva. Manjka dolgoročen plan, jasne meje med zasebnim in javnim, to je vidno predvsem na primarni ravni. (Cveto, zdravnik, 63 let)

Zasebništvo. Te spremembe so spremenile delovanje zdravstva. Spremenili so se zdravstveni domovi, ki delajo slabše, saj je vse več zasebnikov, ki ponujajo isto. Namreč zasebnik v želji po čim večjem dobičku velik del preiskav naloži na javne zavode (krvni vzorci, RTG, vse zahtevnejše preiskave), nato pa morajo bolniki prinesiti rezultate nazaj k zasebniku. S tem dodatno obremenjujejo javne zavode, po nepotrebnem izgubljajo čas, saj morajo za eno diagnozo čakati tudi po trikrat ali večkrat. Po drugi strani pa pozdravljam zasebnike, ki so odprli diagnostične centre na koncesijo. Sam imam zaradi zasebnih zavodov možnost dodatnega zaslužka tudi v popoldanskem času. (Tilen, zdravnik, 29 let)

191

Moje mnenje je, da bi bili v osnovnem zdravstvu vsi koncesionarji – to je zelo kapitalistično mnenje, vem, čeprav sem socialno usmerjen. Zaradi tega, ker, ko prešteješ, koliko imaš bolnikov, veš, ali ti gre dobro ali ne. Gre za večjo učinkovitost. Zdaj politika zavira podeljevanje koncesij – nekateri pa tudi nočejo, ker bi se videla njihova nesposobnost. Se ne prilagajajo, ne sledijo, so na komot. /.../ Tudi na občini sem to povedal, da bi moralo biti več koncesionarjev, a tam je vse odvisno od dnevne politike in ni nekega plana, kaj bodo zdaj s tem. (Miro, zdravnik, 61 let)

Čeprav se mnenja treh zdravnikov zelo razlikujejo, pa obenem – kot bom poskušala pokazati v nadaljevanju – odpirajo nekatere ključne dileme procesa privatizacije. Poleg tega se zdi, da njihova neenotnost v odnosu do teme dobro zrcali različna stališča, ki jih imajo do tega vprašanja posamezni nosilci interesov kot tudi poklicna združenja in zainteresirane javnosti. Kot sem pisala že uvodoma, je bil v začetku 90. let prejšnjega stoletja eden od bistvenih ciljev zdravstvene reforme vpeljava zasebne zdravstvene dejavnosti, ki je bila v prejšnji državi prepovedana, zdravstveni delavci pa so lahko delali le v javnih zavodih, ki so bili opredeljeni kot “družbena lastnina” (Toth 2003: 474). Ob načrtovanju zdravstvenih reform v neodvisni Sloveniji je bila vzpostavitev privatne dejavnosti za mnoge zdravnike in zobozdravnike prioriteta, saj so le v njej videli možnost za udeležanje zdravniškega poklica kot svobodnega strokovnega poklica ter bili prepričani, da bo zasebna dejavnost zagotovila večjo učinkovitost in uporabniku bolj prijazno zdravstveno varstvo (Albreht 2010: 82). Kot ugotavlja Tit Albreht, so bili razlogi tudi finančni: na eni strani naj bi se na ta način izognili praksi neformalnega plačevanja “pod mizo”, na drugi pa so se zdravstveni delavci nadejali višjega zaslužka (ibid.).

Kot je bilo že omenjeno, je bil načrtovani proces privatizacije v začetku 90. let prejšnjega stoletja veliko obsežnejši od tistega, ki se je kasneje udeležil. S tem počasnejšim ritmom privatizacije predstavlja Slovenija izjemo v primerjavi z

vzhodnimi državami (na primer Češko, Slovaško, Estonijo, Gruzijo) ali državami nekdanje Jugoslavije (na primer Hrvaška, Makedonija, Srbija) (Seifert et al. 2008: 114; Schechter 2011). Tudi po reformi so ostale zdravstvene službe podobno organizirane kot v nekdanji državi, pri čemer se je ključna novost nanašala na dejstvo, da so lahko zdravstveni zavodi postali zasebni (Toth 2003: 474). Čeprav je bila zasebna dejavnost z zakonom dovoljena na vseh¹⁰ področjih (Černič Istenič 1998; Markota et al. 1999), se niso privatizirala vsa področja v enakem obsegu: zasebna dejavnost se je pojavila na področju zdravstvenega zavarovanja (komercialne zavarovalnice), nasprotno od začetnih pričakovanj je privatizacija bolnišnic ostala omejena, pomemben delež privatizacije pa predstavljajo zasebne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni (Markota et al. 1999; Albreht 2010: 81–82). Na osnovi razmerja, ki ga imajo zasebni zdravstveni delavci do javnih sredstev oziroma Zavoda za zdravstveno zavarovanje (ZZZS), jih lahko ločimo na več skupin: najštevilčnejši so “koncesionarji”, ki imajo letno pogodbo z ZZZS in so financirani z javnih sredstev; v drugi skupini so zasebni zdravstveni delavci (med njimi prevladujejo zobozdravniki), ki niso pogodbeno vezani na ZZZS; v tretji skupini so zasebniki, ki jih je v zadnjem obdobju vse več in imajo različne vire financiranja, pri čemer so za skrajšani delovni čas pogodbeno vezani na ZZZS; v četrti skupini pa se nahajajo zasebni zdravstveni delavci z neprofitno dejavnostjo – teh je najmanj (Albreht 2010: 87).

Glede na to, da so moji sogovorniki in sogovornice privatizacijo omenjali predvsem v navezavi na zdravstveno dejavnost na primarni ravni, se bom ustavila predvsem pri tem vidiku. Kot sem uvodoma omenjala, je bil eden ključnih dosežkov zdravstva nekdanje Jugoslavije zelo razvejan sistem na primarni ravni, ki je obsegal mnoge zdravstvene storitve. V primerjavi z drugimi državami v regiji je ta sistem pomenil inovacijo v organizaciji zdravstvene dejavnosti, obenem pa je sledil svetovnim trendom na področju primarne dejavnosti: po Deklaraciji o primarnem zdravstvenem varstvu, ki je bila sprejeta v Almi Ati¹¹ leta 1978, je bila takratna republika Slovenija “ena prvih, ki je povzela najpomembnejše usmeritve navedenega dokumenta Svetovne zdravstvene organizacije in jih vključila v svoje plane” (Toth 2003: 460). Ob reformiranju zdravstva v neodvisni Sloveniji pa so nekatere “lustracijske” težnje v zdravstvenih domovih videle predvsem nepotrebno dediščino nekdanje Jugoslavije; predstavniki Zdravstvene zbornice Slovenije so tako trdili, da so zdravstveni domovi staromodni in morajo biti nadomeščeni (Albreht 2010: 137). Posledično v procesu privatizacije zdravstveni domovi niso bili ovrednoteni kot “izjemen in dobro delujoč sistem storitev, ki so med seboj prepletene, temveč bolj kot ovira pri procesu privatizacije” (ibid.: 129). Kljub temu, da je – vsaj na deklarativni ravni – primarno zdravstvo ostalo prioriteta zdravstvenih politik v Sloveniji, pa so se po zdravstveni reformi v 90. letih prejšnjega stoletja razmere v zdravstvenih domovih precej poslabšale, kar opaža tudi sogovornik Tilen. Njegove misli se skladajo z ugotovitvami raziskovalcev (Seifert et al. 2008: 117;

¹⁰ Izjema je le področje preskrbe s krvjo in krvnimi derivati, patoanatomska dejavnost in socialno-medicinska dejavnost (Toth 2003: 474).

¹¹ Danes imenovani Almaty.

Albreht 2010: 49), po katerih so strukturne spremembe, na katere je ključno vplival pojav zasebnih zdravstvenih delavcev, privedle do zmanjšanja števila zaposlenih v zdravstvenih domovih za eno tretjino ter krčenja obsega in nalog zdravstvenih storitev v teh zavodih. Če so pred zdravstveno reformo določene zdravstvene storitve opravljali le zdravstveni domovi, so po reformi zasebniki, ki so se vključili v mrežo javne zdravstvene službe, prevzeli del njihovega programa – posledično se je javnim zavodom tudi zmanjšala količina storitev in financiranje zanje (Toth 2003: 478). Pri tem pa so Tilen in nekateri drugi sogovorniki in sogovornice prepričani, da ključni problem nastane pri opredeljevanju odnosa med javnimi zavodi in zasebniki. Podobno stališče, ki zasebnike opisuje kot “izkoriščevalsko”, javne zavode pa kot “izkoriščano” stran, predstavi tudi zdravnica Mojca: *Privat zdravstveni sektor jemlje lahke in najcenejše bolnike, težji in drugi pa ostajajo v državnem sistemu* (Mojca, zdravnica, 51 let). Zdi se, da so omenjeni problemi nejasno opredeljenih odnosov med zasebnimi in javnimi zavodi zlasti posledica pomanjkanja dolgoročne strategije, ki jo pogreša tudi zdravnik Cveto. Njegovo mnenje delijo nekateri raziskovalci (Černič Istenič 1998; Albreht 2010) in mnogi zaposleni v zdravstvenih domovih, ki so v raziskavi Tita Albrehta (Albreht 2010: 49–61) izrazili prepričanje, da je vpeljava zasebne dejavnosti potekala na kaotičen način in bila slabo vodena s strani Ministrstva za zdravje. Poleg tega številni zaposleni poudarjajo, da bi morali biti bolj jasno določeni cilji in pogoji teh dejavnosti ter definirano, kolikšna naj bo končna številka zasebnih dejavnosti (ibid.: 56). Kritika udeležencev raziskave pa se, poleg odsotnosti nacionalne strategije za zasebno dejavnost, nanaša tudi na slabo koordinacijo med občinami in Ministrstvom za zdravje na področju zasebne zdravstvene dejavnosti, kar je opazno tudi v že navedenem stališču sogovornika Mira: *Tudi na občini sem to povedal, da bi moralo biti več koncesionarjev, a tam je vse odvisno od dnevne politike in ni nekega plana, kaj bodo zdaj s tem.*

Da bi bolje razumeli Mirovo stališče, je potrebno omeniti, da so primarno zdravstveno dejavnost vse od 70. let prejšnjega stoletja načrtovale občine, vendar pa se je po zdravstveni reformi v neodvisni Sloveniji nanje kot na lastnice in ustanoviteljice zdravstvenih domov prenesla tudi pristojnost podeljevanja koncesij za zasebne zdravstvene delavce. Nasprotno od povečanih pristojnosti, ki jih imajo občine na področju primarne zdravstvene dejavnosti, pa se je vloga Ministrstva za zdravje na tem področju zelo omejila (skrbi le za koordinacijo in za dodatno financiranje), prav tako pa ZZZS malo pozornosti nameni regulaciji primarne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, saj naj bi bila to predvsem naloga občin. Kot ugotavlja Miro, pa občinske odločitve pogosto vodijo kratkoročni politični interesi, zaradi česar na eni strani prihaja do velikih razlik med posameznimi občinami v vodenju dejavnosti na primarni ravni, na drugi pa imajo odločitve občin neredko negativne učinke na tem področju (ibid.: 138–139).

Naj omenim še zadnji vidik, ki se nanaša na mojo analizo stališč sogovornikov in sogovornic o procesu privatizacije v zdravstvu, s katero nikakor ne bom izčrpala vseh ključnih tem tega vprašanja, temveč zgolj nakazala nekatere. V navedbi mnenja zdravnika Mira je opazen predlog, da bi na primarni ravni vsi zdravniki postali “koncesionarji”. Na osnovi moje raziskave je s tem stališčem osamljen,

podobno pa so do take rešitve zadržani tudi raziskovalci zdravstva v Sloveniji in tujini (Toth 2003; Albreht 2011; Bazylevych et al. 2011; Schechter 2011). Izkušnje drugih vzhodnoevropskih držav in držav nekdanje Jugoslavije, ki so privatizirale velik delež primarne zdravstvene dejavnosti, kažejo, da so se v teh državah izdatki posameznikov za zdravstvo zelo povečali, skladno s tem pa je bil velikemu deležu prebivalstva dostop do številnih zdravstvenih storitev bolj omejen, obenem pa se tudi kvaliteta teh storitev ni izboljšala (Schechter 2011). Kot sem omenila, je bil v Sloveniji proces privatizacije počasnejši in po mnenju mnogih ravno zaradi tega uspešnejši. Vendar pa tuji in domači analitiki ugotavljajo, da je potrebno v prihodnje podeljevanje koncesij zasebnim izvajalcem zdravstvene dejavnosti bolje regulirati, nadzirati in natančneje vrednotiti (Albreht 2010: 131). To prepričanje delijo tudi predstavniki Gibanja za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva, ki v svojih zahtevah zapišejo: "Zahtevamo, da se koncesije podeljujejo zgolj na področjih in območjih, kjer obstoječi sistem osnovnega zdravstvenega varstva ni zmožen zadovoljiti potreb državljanov. Podeljevanje koncesij mora temeljiti na predhodno ugotovljenem javnem interesu, na jasnih pravilih za njihovo podeljevanje in na javnem razpisu, ki omogoča, da za razpisano mesto lahko kandidira vsak, ki izpolnjuje pogoje. Nasprotujemo podeljevanju koncesij brez predhodno vzpostavljenih ustreznih standardov, regulacije in učinkovitega nadzora nad njihovim izvajanjem, ki bodo zadostno varovali bolnike in javni interes, ter brez predhodno sprejete mreže javne zdravstvene službe" (Gibanje ... 2011).

Financiranje zdravstva: od zadolženosti preko varčevanja do ponovne zadolženosti?

Zadnji vidik, ki ga izpostavljajo moji sogovorniki in sogovornice kot odgovor na zastavljeni skupini vprašanj – o razlikah med zdravstvenim sistemom v nekdanji Jugoslaviji in v današnji Sloveniji ter o vplivu sprememb v zdravstvu na njihovo delo – se nanaša na financiranje zdravstvenega varstva. Med 24 sodelujočimi v raziskavi je 10 oseb (41,66 odstotka) izpostavilo ta vidik, vendar je potrebno opozoriti, da so ga povezovali z različnimi temami, ki jih bom v nadaljevanju poskusila analizirati.

Šest sogovornikov in sogovornic je o finančnih vidikih sedanjega zdravstvenega sistema govorilo skozi primerjavo z zdravstvom nekdanje skupne države, pri tem so štiri osebe poudarjale predvsem večjo gospodarnost sedanjega zdravstva, dve pa izpostavljali bodisi premalo finančnih sredstev, ki so namenjena za zdravstvo, bodisi njihov prevelik vpliv na delovanje zdravstvenega varstva:

Na splošno se mi te spremembe zdijo na boljše zaradi tega, ker se gleda tudi na finančno plat. Poskušamo biti boljši gospodarji v zdravstvu, tudi v nekaterih bolnišnicah se vedemo bolj gospodarno. V Jugoslaviji to ni bilo pomembno, takrat je bil pomemben samo plan. (Primož, zdravnik, 61 let)

Med zdaj in prej je razlika. Mislim, da je zdaj vse bolj nadzorovano, kar je pravilno. Za časa Jugoslavije so na primer zahtevali material, zdravila, množico

zdravil, do česar sploh niso bili upravičeni. Takrat se je preveč dovoljevalo. V tem novem sistemu pa obstaja nadzor, večja racionalnost, gospodarnost. Za vse, kar se izdaja, za vse, kar se naredi, obstaja zapis, obstaja nadzor. (Vlasta, medicinska sestra, 55 let)

V odnosu do nekdanje države: razmere znotraj kolektiva in ravnanje z bolniki se je zdaj spremenilo na slabše, ker se preveč gleda skozi finance. Zato je manj skupnega dela, pretirana pa je ta borba za vsak evro. (Cveto, zdravnik, 63 let)

Na nivoju države: za zdravstvo je premalo denarja! Premalo denarja je za osnovno zdravstvo in se stalno zmanjšuje. Z vsemi posledicami: zdravilišče je postalo izjema. Indikacije so zdesetkane: samo neposredno po premestitvi iz bolnišnice, a le vsako leto enkrat. Vsega tega v Jugoslaviji ni bilo, takrat si lahko vsakemu, čisto vsakemu dal veliko več kot danes. (Miro, zdravnik, 61 let)

Če želimo razumeti različne poglede zdravstvenih delavcev na finančno dimenzijo nekdanjega in sedanjega zdravstvenega sistema, se moramo ponovno vrniti vsaj za dvajset let nazaj in se ustaviti pri finančnih vidikih jugoslovskega zdravstva. Na osnovi obstoječih analiz se zdijo trditve medicinske sestre Vlaste in zdravnika Primoža o negospodarnosti nekdanjega zdravstvenega sistema utemeljene. Vendar pa ta ugotovitev ne velja le za zdravstveni sektor, saj naj bi se v 80. letih prejšnjega stoletja začeli kazati številni ekonomski problemi, ki so izhajali predvsem iz splošne zadolženosti države. Zadolženost naj bi bila glavni vzrok za finančni kolaps, ki ga je takratni zdravstveni sistem doživel konec 80. let. Kljub temu pa so razlogi, ki so prispevali k zadolževanju v nekdanjem zdravstvu, raznorodni. Kot sem že omenjala, naj bi k temu prispevale mnoge investicije, ki so pogosto presegle meje finančnih možnosti. Te investicije so namenili predvsem zdravstvenim dejavnostim na primarni ravni: "Skoraj ni bilo občine, v kateri v letih od 1970 do 1990 ne bi zgradili, razširili in obnovili katere izmed zgradb zdravstvenega doma, zdravstvene postaje ali lekarne" (Toth 2003: 462). Poleg tega so v istem obdobju zgradili ali izboljšali večino bolnišnic in nadgradili delo zdravstvene službe v njih (ibid.). Za primerjavo je povedno dejstvo, da se v zdravstvenem sistemu neodvisne Slovenije število bolnišnic in vrsta zdravstvenih služb v njih ni spremenila,¹² prav tako pa je bilo malo investicij v njihovo infrastrukturo (Albrecht 2010: 102, 129). Drugi razlog za zadolževanje, ki je povezan s prvim, naj bi se nahajal v sami organizaciji takratnega zdravstva, ki je temeljila na decentralizaciji, pri čemer so bila finančna sredstva razdeljena na 64 občinskih skupnosti. Te so se pogosto zadolževale, zaradi česar so lahko zagotavljale nadaljevanje dejavnosti zdravstvenega varstva le s pomočjo solidarnostne pomoči. Kljub temu pa se večina zdravstvenih skupnosti v občinah ni hotela odreči zdravstvenim planom, čeprav jih niso mogle pokriti s tekočimi prihodki. Republiška skupnost je sicer imela pooblastila za odpravo teh pomanjkljivosti, vendar pa – za razliko od občin – ni imela finančnih sredstev in s tem tudi ne vzvodov za reševanje teh situacij (Toth 2003: 463). Tretji razlog bi lahko na osnovi obstoječih analiz iskali v tem, kar Martin Toth imenuje "idealizacija vloge delavcev" v samoupravnem modelu (ibid.: 453), ki je na eni strani zagotavljal široko participacijo prebivalstva

¹² Izjema je le bolnišnica v Sežani.

pri vseh ključnih odločitvah na področju zdravstva, na drugi strani pa naj bi takratna ureditev postopoma privedla do “prepričanja, da je samoupravljanje sredstvo in način za pridobitev pravic, ne pa tudi za uresničevanje odgovornosti za njihovo zagotavljanje” (ibid.: 463). To pomanjkanje odgovornosti, ki jo je razbrati tudi v besedah sogovornice Vlaste (*Za časa Jugoslavije so na primer zahtevali material, zdravila, množico zdravil, do česar sploh niso bili upravičeni. Takrat se je preveč dovoljevalo.*), nas vrača k vprašanju dostopa do zdravstva. Če Vlasta, ki z besedami *takrat se je preveč dovoljevalo* poudarja negativne strani univerzalnega dostopa do zdravstva, pa zdravnik Miro, nasprotno, izpostavlja predvsem dobre strani tovrstne široke dostopnosti do različnih zdravstvenih storitev: *Vsega tega v Jugoslaviji ni bilo, takrat si lahko vsakemu, prav vsakemu dal veliko več kot danes.* Od zornega kota je torej odvisno, ali na to vprašanje gledamo kot na radodarno univerzalnost ali kot na neutemeljeno negospodarnost. Ob tem pa je potrebno dodati, da naj bi ravno ta inkluziven dostop do zdravstvenih storitev, ki so ga lahko uresničevale tudi osebe brez plačanih prispevkov, po mnenju raziskovalcev pomembno prispeval k finančnim težavam v takratnem zdravstvenem sistemu, saj naj bi sistem plačevanja prispevkov pokril le dva odstotka zdravstvenih izdatkov (Albreht 2010: 119). Zaradi pomanjkanja poglobljenih raziskav na tem področju je težko ugotoviti, v kolikšni meri je ta zadnji razlog prispeval k finančnemu zlomu preteklega zdravstva, prav tako ni jasen vpliv, ki so ga imeli na zdravstvene izdatke druga dva opisana razloga ali kakšni dodatni dejavniki.

Na osnovi izkušenj iz prejšnje države so si v novi državi kot enega od ciljev zdravstvene reforme zastavili povečanje javnih sredstev za financiranje tega sektorja, obenem pa so z uvedbo “prostovoljnih” oziroma dopolnilnih zavarovanj računali na dodatne finančne vire (Toth 2003: 466). Financiranje reformiranega zdravstvenega sistema so zagotavljali štirje različni viri: največji delež so predstavljala sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so v 90. letih prejšnjega stoletja znašala med 86 in 91 odstotkov vseh finančnih virov za zdravstveno varstvo; že omenjena “prostovoljna” zavarovanja so v istem obdobju prinašala med osem in 13 odstotkov financiranja; proračunska sredstva, ki so jih zagotavljale občine in država, le en odstotek; za druga sredstva, ki so jih prispevali delodajalci ali samoplačniki, pa ni zanesljivih podatkov (ibid.: 475). Analitiki zdravstvenih reform v Sloveniji (Toth 2003; Albreht et al. 2009; Albreht 2010) so si enotni, da se je s transformacijo zdravstva v 90. letih prejšnjega stoletja zagotovilo stabilno financiranje zdravstvenega sistema, ki se je gibalo od osem do 9,3 odstotka bruto domačega proizvoda, kar je primerljivo z nekaterimi državami Evropske unije (Albreht et al. 2009: 39). Čeprav je bilo povečevanje javnega financiranja eden od ciljev reform, analize kažejo, da se je stabilno financiranje zagotovilo na račun zmanjševanja javnega financiranja, ki je bilo delno nadomeščeno s strani dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in velikega povečevanja zdravstvenih doplačil (Albreht 2010: 110).

Poleg dilem glede zagotavljanja finančnih sredstev raziskovalci omenjajo tudi številna druga vprašanja, ki se navezujejo na porabo teh sredstev. Sorodne poglede imajo moji sogovorniki in sogovornice, ki so poleg že obravnavanega

zmanjševanja sredstev v zdravstvenih dejavnostih na primarni ravni omenjali tudi vse bolj omejeno financiranje bolnišnic, kar posledično vpliva na porast “varčevalnega trenda”, ki ga omenja tako zdravnik Cveto kot sogovornica Jolanda:

Govorijo nam, kako moramo šparat! (Jolanda, medicinska sestra, 44 let).

Spremembe v financiranju bolnišnic, v katerih se je najprej uvedlo plačevanje po svežnjih storitev, združenih v dnevno bolnišnično oskrbo, so se kasneje dopolnile še s sistemom plačevanja po primerih (case-mix) ali po diagnozah (DGR) (Toth 2003: 280–481; Albreht 2010: 218–219). Reforme v financiranju bolnišnic, ki so bile usmerjene predvsem v varčevalne strategije, o katerih govori Jolanda, so privedle do skrajšanja povprečne ležalne dobe v bolnišnicah in hitrejšega odpuščenja bolnikov. Slednje je vplivalo na povečanje obiska na ravni primarne zdravstvene dejavnosti, čemur pa ni sledilo tudi povečanje financiranja (Albreht 2010: 131).

197

Drugi dejavniki, ki po mnenju sogovornikov in sogovornic vplivajo na povečevanje zdravstvenih izdatkov, se nanašajo na različna področja, med katerimi so omenjeni: dražja tehnologija (tri osebe) in zdravila (dve osebi), povišanje plač zdravnikov (dve osebi), večja zahtevnost bolnikov, ki je posledica staranja (dve osebi) in povečana zdravstvena osveščenost (dve osebi).

Izjemen napredek tehnike in uporabe sodobnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov zahteva tudi veliko višja sredstva. (Silva, zdravnica, 67 let)

Potrebno je več denarja: zakaj? Nove preiskovalne metode, tako laboratorijske kot metodološke, ki so drage, zahtevajo drage aparature, ki se morajo tudi obnavljati. Poleg tega so ljudje bolj zahtevni. Prej ljudje niso šli za vsako malenkost k zdravniku. Zdaj gredo. Zahtevajo več – ljudje bolj skrbijo za zdravje, so tudi starejši, zahtevajo boljše obravnavo in s tem se potem zdravstveni fond prazni. (Primož, zdravnik, 61 let)

Vse več uporabnikov zdravstvenih storitev se zaveda, da so sami dolžni skrbeti za svoje zdravje, zato pogosto iščejo zdravstvene storitve. Potem postaja zdravstvo drago, saj se prebivalstvo stara, medicinska stroka pa se hitro razvija, zato rabi nove aparate za diagnostiko in zdravljenje. Zdravila so vse dražja. Poleg tega so zaposleni v zdravstvu veliko boljše plačani. (Milan, zdravnik, 63 let)

Kot je opazno, Milanove besede povzamejo vse ključne dejavnike, ki jih omenjajo ostali zdravstveni delavci, ko razmišljajo o razlogih za povečevanje izdatkov zdravstva. Pri tem Milanova stališča delijo tudi raziskovalci zdravstva. Tako ugotavljajo, da novi tehnični pripomočki in oprema pomembno prispevajo k povečevanju izdatkov, kar je tudi posledica dejstva, da se v Sloveniji proizvaja manjši delež zdravstvenih aparatov in pripomočkov, zaradi česar jih je potrebno uvažati po višji ceni iz tujine (Toth 2003: 484). Enako velja za zdravila. Razloge za visoke stroške zdravil, ki ključno prispevajo k podražitvi zdravstvenega sistema,¹³ gre iskati na eni strani v pomanjkanju državnih ukrepov za obvladovanje cen in

¹³ Če v evropskih državah druge vrste izdatkov za zdravstvo rastejo za približno pet odstotkov, izdatki za zdravila predstavljajo od sedem do deset odstotkov letnih izdatkov. Raziskave ob tem ugotavljajo, da se samo za zdravila na svetovnem nivoju potroši do 400 milijard ameriških dolarjev (Gajski 2009: 19).

količine zdravil (Markota et al. 1999), na drugi strani pa v delovanju farmacevtskih podjetij, ki zdravila pogosto menjujejo in prodajajo po vse višjih cenah, a za njih pogosto ne zagotavljajo ustreznega znanstvenega testiranja (Gajski 2009: 19–59). Naslednji razlog, ki ga omenjata dva sogovornika, se nanaša na dvigovanje plač zdravnikov in zobozdravnikov, ki so se po letu 1992 dejansko občutno povečevale, saj so v nekdanji skupni državi predstavljale manjši delež zdravstvenih izdatkov, že deset let po neodvisnosti pa so pomenile 60 odstotkov zdravstvenih izdatkov (Albrecht 2010: 45). Zadnja skupina dejavnikov, ki po mnenju mojih sogovornikov in sogovornic vplivajo na višanje zdravstvenih izdatkov, pa se nanaša na uporabnike zdravstvenih storitev in njihove večje potrebe oziroma večjo zahtevnost pri teh storitvah. Kot je znano, demografske trende v Sloveniji obeležuje nizka rodnost, postopno povečevanje življenjske dobe in s tem povečevanje starejše populacije, ki ima večje zdravstvene potrebe. Poleg staranja prebivalstva dva sogovornika omenjata povečano skrb za telo in zdravje, ki se je pojavila že v nekdanji Jugoslaviji. V novi državi se je ta trend razširil predvsem preko koncepta “zdravega načina življenja”, po katerem je zdravje vrednota, ki si jo je potrebno prislužiti s sledenjem množtvu preventivnih tehnik in vedenjskih normativov (Cant in Sharma 2003; Lipovec Čebtron 2008). Povečana skrb za zdravje, ki bi jo lahko imenovali tudi obremenjenost z zdravjem, je pogosto povezana s povečevanjem medikalizacije in s tem z večjimi potrebami in zahtevami po različnih zdravstvenih storitvah.

Zaključne misli

Osnova vsake reforme naj bi bila poglobljena analiza dejanskega stanja, jasno predvideni cilji reforme in ukrepi, preko katerih bodo ti cilji uresničeni, ter temeljito in nepristransko vrednotenje reforme, ki je mogoče le s primerjavo stanja pred reformo in po njej. Iz obstoječe literature in virov o reformi zdravstvenega sistema v Sloveniji se zdi, da sta bila prva dva vidika le delno uresničena, zadnji pa (skoraj) v celoti zanemarjen. Nasprotno pa moja etnografska raziskava kaže, da zdravstveni delavci transformacijo zdravstvenega sistema težko vrednotijo brez primerjave z zdravstvenim sistemom nekdanje skupne države. Verjetno zato ni naključje, da je v tej primerjavi več kot polovica sogovornikov in sogovornic izpostavila razlike pri dostopu do zdravstvenega sistema, pri čemer so ugotavljali, da je sedanji sistem bolj selektiven in manj socialno orientiran, kot je bil pretekli. Na osnovi njihovih besed in obstoječih analiz bi lahko ugotovila, da na neenak dostop do zdravstvenega varstva ključno vpliva sistem zdravstvenega zavarovanja: poleg oseb, ki zaradi različnih razlogov nimajo osnovnega zdravstvenega zavarovanja, je dostop omejen tudi za skupino oseb, ki ima le osnovno zavarovanje, obenem pa se, zaradi povečevanja doplačil, dostop zmanjšuje tudi za vse tiste, ki imajo dopolnilno zavarovanje. Druga tema, ki so jo sogovorniki in sogovornice pogosteje omenjali, se nanaša na privatizacijo nekaterih segmentov zdravstva. Čeprav znanstvene analize kažejo, da je Slovenija, v primerjavi z drugimi postkomunističnimi in postsocialističnimi državami, stopala v proces privatizacije zdravstva počasneje in bolj previdno, sem v pogovorih z zdravstvenimi delavci opazila, da poleg nekaterih pozitivnih vidikov (učinkovitost, večji zaslužki zdravstvenih delavcev) pogosteje

izpostavljajo negativne. Opozarjali so predvsem na nejasno opredeljene odnose med zasebnimi in javnimi zavodi, ki so posledica odsotnosti nacionalne strategije na tem področju in neuskkljenosti med Ministrstvom za zdravje in občinami, ki podeljujejo koncesije za zasebno dejavnost na primarni ravni. Ugotovim lahko, da ta nedorečena razmerja ključno vplivajo na slabšanje razmer (finančnih, kadrovskih) v zdravstvenih domovih, ki so se v nekdanji skupni državi razvili v enega najbolj kvalitetnih sistemov zdravstvenih storitev v regiji. Zadnji vidik, ki so ga sogovorniki in sogovornice pogosteje omenjali, se nanaša na financiranje zdravstvenega sistema, pri čemer so najbolj izpostavili večjo gospodarnost sedanjega zdravstva v primerjavi s preteklim, obenem pa so problem videli bodisi v premajhnih finančnih sredstvih, ki so namenjena za zdravstvo, bodisi v njihovem prevelikem vplivu na delovanje zdravstvenega varstva. Skupaj s svojimi sogovorniki in sogovornicami zato lahko zaključim, da sedanji zdravstveni sistem zagotovo kaže bolj stabilno finančno sliko od preteklega, obenem pa ne velja spregledati, da hrbtno stran bolj "gospodarnega" financiranja predstavljajo varčevalni ukrepi, s katerimi se krčijo zdravstvene pravice prebivalcev, obenem pa se jim nalagajo dodatni izdatki za zdravstvo.

Vse zapisano predstavlja le začetek ali zametek primerjave sedanjega zdravstva z zdravstvom v nekdanji Jugoslaviji. Četudi v znanstvenih krogih do sedaj ni bil prepoznan pomen te primerjave, pa – kot sem skozi ta prispevek vseskozi poudarjala – besede mojih sogovornikov in sogovornic kažejo drugačno podobo. Zato te primerjave v prihodnjih raziskavah ne bi veljalo zanemariti, temveč nasprotno – vztrajati bi bilo treba pri rigoroznem, doslednem in poglobljenem soočenju obeh zdravstvenih sistemov ter s tem postaviti pod vprašaj tako idealiziranje kot tabuiziranje preteklosti, tako "jugonostalgične" kot "lustracijske" težnje v sedanjosti.

LITERATURA IN VIRI

ALBREHT, Tit

2010 *Slovenian health care in transition: studies on the changes in the Slovenian health system from 1985 until 2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

ALBREHT, Tit ... [et. al.]

2009 Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition* 11, št. 3, str. v-166.

BARDHOSHI, Nebi

2011 The 'citizen' and the 'transformation' period in Albania: the case of Tirana's periphery. V: *Citizenship and legitimacy of governance: anthropology in the Mediterranean region*. Italo Prado in Giuliana B. Prato, ur. Farnham, Burlington: Ashgate.

BAZYLEVYCH, Maryna Y.; HRESANOVA, Ema

2011 Introduction: health and care work in postsocialist Eastern Europe and the former Soviet Union. *Anthropology of East Europe Review* 29, št. 1, str. 1-7.

CANT, Sarah; SHARMA, Ursula

2003 Alternative health practices and systems. V: *The handbook of social studies in health and medicine*. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Schimshaw, ur. London, Thousand Oaks in New Delhi: SAGE Publications. Str. 426-39.

ČERNIČ ISTENIČ, Majda

1998 Privatisation of health care in Slovenia. *Croatian Medical Journal* 39, št. 3, str. 288–297.

DENARNO NADOMESTILO

2010 Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. <http://www.ess.gov.si/iskalci_zaposlitve/prijava_brezposelne_osebe/denarno_nadomestilo> [1. 3. 2011].

GAJSKI, Lidija

2009 *Lijekovi ili priča o obmani: zašto raste potrošnja lijekova i kako je zaustaviti*. Zagreb: Pergamena.

GIBANJE ...

2011 Gibanje za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva. Ljubljana: Društvo za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva (ZdraVi). <<http://www.ohranimo-javno.si/index.php/domov.htm>> [2. 4. 2011].

KLEINMAN, Arthur

1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkley ... [etc.]: University of California Press.

200

KRANJEC, Marko

2003 Slovenski zdravstveni sistem in javni sektor. *Uprava* 1, št. 2, str. 83–103.

LIPOVEC ČEBRON, Uršula

2007 Metastaze izbrisa. *Časopis za kritiko znanosti* 35, št. 228, str. 59–75.

2008 *Krožere zdravlja in bolezni: tradicionalna in komplementarne medicine v Istri*.

Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo.

2010 Slepa pega evropskega zdravstva: analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. V: *Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo*. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, ur. Koper: Založba Annales. Str. 51–87.

MARKOTA, Mladen ... [et al.]

1999 Slovenian experiences on health care reform. *Croatian Medical Journal* 40, št. 2, str. 190–194.

PRATO, Giuliana B.

2011 The 'costs' of European citizenship: governance and relations of trust in Albania. V: *Citizenship and legitimacy of governance: anthropology in the Mediterranean region*. Italo Prado in Giuliana B. Prato, ur. Farnham, Burlington: Ashgate.

PRAVILNIK O MERILIH ...

2008 Pravilnik o merilih za ugotavljanje dohodkov, prihrankov in premoženja občanov za prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 128.

<<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2008126&stevilka=5752>> [1. 3. 2011].

RAZPOTNIK, Špela; DEKLEVA, Bojan

2009 *Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

RISKA, Elianne; NOVELSKAITE, Aurelija

2011 Professionalism and medical work in post-societ society: between four logics. *Anthropology of East Europe Review* 29, št. 1, str. 82–93.

SCHECTER, Kate

2011 Privatisation of the Georgian healthcare system. *Anthropology of East Europe Review* 29, št. 1, str. 16–22.

SEIFERT, Bohumil ... [et al.]

2008 Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. *Family Practice: an International Journal* 25, št. 2, str. 113–118.

TOTH, Martin

2003 *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

ZAKON O LEKARNIŠKI DEJAVNOSTI

1992 Zakon o lekarniški dejavnosti. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 9, str. 601–605.

ZAKON O ZDRAVSTVENEM VARSTVU IN ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU

1992 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 9, str. 577–590.

ZAKON O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

1992 Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 9, str. 590–601.

BESEDA O AVTORICI

Uršula Lipovec Čebtron, dr., je asistentka na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete v Ljubljani. Objavila je knjigo *Kročere zdravja in bolezni: tradicionalna in komplementarne medicine v Istri* (2008). V zadnjih letih se posveča predvsem raziskavam na področju antropologije migracij in medicinske antropologije, v okviru katerih se ukvarja z zdravstvenimi migrantov v Sloveniji in zdravstvenimi posledicami izbrisa iz Registra stalnih prebivalcev RS.

ABOUT THE AUTHOR

Uršula Lipovec Čebtron, Ph. D., is an assistant professor at the Department of Ethnology and Cultural Anthropology, Faculty of Arts, Ljubljana. She has published *Kročere zdravja in bolezni: tradicionalna in komplementarne medicine v Istri* (2008). In recent years she has mainly focused on research into the anthropology of migrations and medical anthropology, and as part of this research she deals with the health of migrants in Slovenia, and the health effects on the people who were erased from the Register of permanent inhabitants of the Republic of Slovenia.

SUMMARY

REFORMING SLOVENIA'S HEALTH SYSTEM. BETWEEN "YUGONOSTALGIA" AND "LUSTRATION"

What are the differences between the former Yugoslav health system and the health system of independent Slovenia? What was the new state's health reform like and what influenced it? Is health care better accessible to the users of health services in the present system than in the former? What are the consequences of the privatisation of the health system and what are its funding trends? These are some of the questions the article tries to answer with the help of an ethnographic research among health workers from different health institutions in Slovenia and existing scientific analyses. The introductory part presents two opposing tendencies ("lustration" and "Yugonostalgia"), which influenced the elaboration and execution of the health system's reform in the new state; the article then presents and analyses the opinions of 24 interviewees on the former and present health systems and how they see the system's transformation. The health workers' opinions are structured into three theme sets, which they identified as the reform's key aspects. The first set or chapter is entitled "Access to health care: now selectivity instead of the former universality"? The article on the one hand analyses the mechanisms which ensured more universal access to health services in the former common state and, on the other hand, the reasons for the higher restrictions or selectivity of the health institutions in the independent state. The second chapter is entitled "Health care privatisation: private services in the public sector or public services in the private sector?" It analyses some structural changes which occurred as a result of the privatisation of the health system and which influenced in particular the operation of the health service at the primary level. The last chapter is entitled "Financing the health system: from old debts via savings to new debts?" It describes the changed funding strategies of the health system and some factors which have an impact on the present system's financial problems.