

PREVENTIVA RAKA DOJKE

Samo Fakin

Interes Zavoda za zdravstveno zavarovanje

Nobenega dvoma ni, da je zgodnje odkrivanje bolezni najbolj optimalna rešitev tako za pacienta kot za stroko.

Žal se vse razvite države sveta, tudi Slovenija, srečujejo s povečanjem izdatkov za zdravstveno varstvo. Prav vse so prisiljene usklajevati pričakovanja in potrebe s stvarnimi možnostmi. Tudi Slovenija lahko potroši le toliko, kolikor ima na razpolago, oz. toliko, za koliko se dogovorimo.

Pri razporejanju finančnih sredstev pa se srečujemo z različnimi interesi partnerjev, etiko, ekonomsko stroko ter številnimi iluzijami.

Temeljno vprašanje, ki si ga postavljamo na Zavodu, ni, ali se bomo šli preventive ali ne, temveč, koliko si lahko privoščimo in kakšna naj bi bila.

Dejavniki, ki vplivajo na uvedbo novih storitev

Pri uvedbi katerekoli nove storitve: načina zdravljenja, diagnostičnega postopka ali zdravila se srečamo z različnimi interesi udeležencev v zdravstvenem sistemu. Zakon o zdravstvenem varstvu opredeljuje tri glavne udeležence zdravstvenega varstva:

1. državo,
2. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in
3. izvajalce zdravstvenih storitev.

Poleg zakonsko določenih partnerjev v zdravstvenem sistemu obstajajo še drugi (npr. trgovci), ki posredno vplivajo na odnose znotraj delovanja glavnih partnerjev. Popolnoma normalno je, da ima vsak posamezen udeleženec svoj interes in da ga skuša uresničiti.

Interes države

Zdravstveni delavci vse prevečkrat pozabljajo, da država ni nek imaginaren in oddaljen pojem; država je sestavljena iz prebivalcev, ki živijo na nekem ozemlju. Ustanovitev vseh vej oz. predstavništev oblasti je zgolj poskus, organizirati družbo kar se da najbolj racionalno. Zato ljudje prenesejo svojo voljo na izvoljene predstavnike, ki potem predstavljajo njihove interese. Posredno to pomeni, da se je vsak državljan Slovenije (preko svojega poslanca odločil za

tolikšno količino denarja za zdravstvo, kot jo pač imamo). Tako je v interesu države,

- da so prebivalci zdravi,
- da ima optimalno organiziran sistem zdravstvenega varstva,
- da porabi čim manj finančnih sredstev.

Interes zdravstva (izvajalcev zdravstvenih storitev)

Po mojem mnenju želijo zdravstveni delavci zadovoljiti predvsem te interese:

- vnovčiti svoje strokovno znanje za primerno ceno,
- zadovoljiti svojo potrebo po strokovni radovednosti,
- zadovoljiti druge psihološke potrebe (po pomembnosti, sprejetju, po svobodi in zabavi).

Interes pacientov

Edini pravi zastopnik interesov pacientov je Zavod. Trditev, da so zastopniki interesov pacientov predvsem zdravniki, je moč upoštevati samo takrat, ko se združita pacientova potreba po boljših storitvah in zdravnikova potreba po zadovoljevanju svoje strokovne radovednosti. Interes pacientov je v marsičem podoben interesu države. Pacienti prav tako želijo imeti:

- dobro organizirano zdravstveno službo in
- kvalitetno zdravstveno oskrbo ter
- potrošiti, kar se da malo denarja.

Pacienti so uresničevanje svojih interesov prenesli na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Njihove interese zastopajo demokratično izvoljeni predstavniki v skupščini Zavoda.

Da bi lahko problem preventive raka dojke obravnavali kar se da objektivno, moramo pogledati, kakšno je sedanje stanje na področju preventive pri ženskah. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo ženskam te pravice:

- preglede in svetovanja o načrtovanju družine, preprečevanju nenačrtovane zanositve, spolno prenosnih bolezni in posledične neplodnosti, s poudarkom na posebnostih mladostniške populacije;
- kontracepcijska sredstva;
- do 10 sistematičnih pregledov v nosečnosti in dve ultrazvočni preiskavi;
- odkrivanje nosilk Hbs antigena, okuženih s toksoplazmozo in sifilisom;
- dva obiska patronažne sestre pri otročnici, izjemoma pa en obisk pri nosečnici v drugi polovici nosečnosti;
- zdravniški pregled 6 tednov po porodu, spontani ali umetni prekinitvi nosečnosti;

- desenzibilizacijo Rh negativnih žensk z gamaglobulini po porodu ali po prekinitvi nosečnosti;
- indirektni Coombsov test pri vsaki nosečnici in Rh desenzibilizacijo v 28. tednu nosečnosti;
- pregled zaradi zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu in dojk, enkrat letno, pri ženskah, starih 20 let in več;
- kariotipizacijo in genetsko svetovanje po 35. letu.

Zgodnje odkrivanje raka dojke je posredno zajeto že v ginekološkem pregledu. V razširjeni ginekološki pregled spada tudi palpatorni pregled dojk. V naslednjih nekaj letih bo Zavod uvedel nov obračunski sistem tudi za področje specialistične ginekološke dejavnosti. Sistem bo vseboval količnike, podobne onim v osnovni zdravstveni dejavnosti. Uvedena bo tudi delna glavarina, tako da se bodo ženske vezale na izbranega ginekologa za daljšo dobo.

Da bi mogli rešiti problem preventive raka dojk, je potrebno poznati tudi nekaj osnovnih smernic financiranja zdravstvenega varstva.

Vsako leto se na ravni države določi odstotek bruto nacionalnega odhodka, ki je namenjen za financiranje zdravstvenega varstva. država se tako odloči, kolikšno količino denarja zmore nameniti izvajanju zdravstvenega varstva. dokaj natančen znesek je znan že v decembru tekočega leta, ko vlada predlaga parlamentu višino proračuna in odstotek sredstev, namenjenih za javno porabo.

Skladno z zakonom se začno dogovarjanja o vsebini in obsegu zdravstvenih programov v jeseni tekočega leta. Partnerjem, ki se dogovarjajo, je tako že v začetku jasno, koliko denarja bodo v naslednjem letu imeli na razpolago.

Dogovarjanje tako lahko poteka samo na ravni prerazporejanja sredstev za posamezne dejavnosti. Povečanje sredstev za eno dejavnost je možno samo na račun zmanjšanja za drugo dejavnost. Za uvedbo kakršnihkoli novih programov lahko torej iščemo potrebna sredstva samo znotraj obstoječe vsote denarja.

V Zavodovem interesu je uvedba kar najboljših diagnostičnih preiskav in postopkov zdravljenja. Ob tem pa moramo seveda upoštevati temeljno načelo enakosti zavarovancev. Zdravljenje mora biti dostopno vsem zavarovancem na enaki ravni. Količino vloženi sredstev moramo upravičiti z zdravstvenimi rezultati. Zdravstvene rezultate pa zaradi načela enakosti ne moremo meriti zgolj na posamezniku, ampak na zavarovancih kot celoti. Tako Zavod analizira učinke zdravstvenih programov in jih primerja z vrednostjo virov, ki so bili porabljeni.

Proučevanje upravičenosti stroškov v zdravstvenem varstvu

Zavod proučuje upravičenost stroškov zdravstvenih programov. Poznamo neposredne in posredne stroške. Neposredni predstavljajo delovanje zdravstvene dejavnosti, posredni pa izpad zaslužka, izgubo v proizvodnji

zaradi bolniškega staleža, stroški zaradi nege družinskega člana. Poznamo tudi druge posredne stroške, ki vplivajo na višino porabljenega denarja preko najrazličnejših socioloških in psiholoških dejavnikov.

Za ugotavljanje učinkovitosti zdravstvenih programov so na voljo najrazličnejša orodja. V svetu pa tudi pri nas uporabljamo ekonomske analize. Poznamo več vrst analiz. Omenim naj le tri najpogostejše:

- analizo učinkovitosti porabe danih sredstev različnih zdravstvenih programov pri istem zdravstvenem primeru (cost-effectiveness analysis, CEA),
- analizo stroškov in koristi izvajanja zdravstvenih programov pri različnih zdravstvenih problemih (cost benefit analysis, CEA),
- analizo stroškov in vrednosti dodane kakovosti letom življenja (cost utility, CEA).

Že v uvodu sem omenil, da v Sloveniji tudi zdravstvo razpolaga z omejenimi finančnimi sredstvi. Tako se zdravstvena politika mora odločiti, katere zdravstvene programe bo izvajala, njihovo učinkovitost pa bo preverjala s podrobnimi analizami stroškov in pridobljenimi koristmi.

Vsak predlagatelj novega zdravstvenega programa bo moral izpolniti anketo, ki bo odgovorila na dve temeljni vprašanji:

- kolikšni so stroški novega zdravstvenega programa,
- kakšne in kolikšne bodo koristi.

V nadaljevanju bomo predstavili nekatera vprašanja in osnovne dejavnike analize stroškov ter koristi izvajanja zdravstvenih programov, ki so sestavni del zaključne naloge dr. Dunje Piškur Kosmač na podiplomskem usposabljanju Management v zdravstvu. Avtorja vprašalnika sta dr. sci. Marjan Česen, dr. stom., dipl. oec. in primarij Dunja Piškur Kosmač, dr. med., spec. epidemiolog.

VPRAŠANJA

OSNOVNI DEJAVNIKI ANALIZE

KAJ

KOMU

KOLIKO

ZDRAVSTVENI PROGRAM

KDAJ

KJE

KDO

ZMOGLJIVOSTI

S ČIM

NA ČIGAV RAČUN STROŠKI

PO ČEM

KAJ PRIDOBIMO

KORISTI

1. SPLOŠNA OPREDELITEV ZDRAVSTVENEGA PROGRAMA

KAJ

1.1. Formalna opredelitev (področje zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja, v katerega sodi zdravstveni program, po veljavnih zdravstvenih predpisih)

- družbena skrb za zdravje (t. l. nacionalno zdravstveno zavarovanje, ZV in ZZ 7. in 8. člen);
- zdravstveno zavarovanje v zvezi z delom in delovnim okoljem (ZV in ZZ, 9. in 10. člen);
- obvezno zdravstveno zavarovanje (ZV in ZZ, 61. in 62. člen);
- prodaja storitev in izdelkov na trgu: zdravstvena dejavnost zunaj mreže javne zdravstvene službe, drugo dovoljeno zdravstveno usmerjeno delovanje (npr.: dopolnilno zdravljenje t.i. alternativne medicine);

1.2. Umestitev v prioriteto javnega zdravstvenega interesa

Prva prioriteta

1. Zdravstvena preventiva
2. Nujna medicinska pomoč in nujni reševalni prevozi
3. Zdravljenje resnih in težkih bolezni, ki terjajo praviloma izjemno drago zdravljenje (t. l. katastrofalna tveganja), zdravljenje izbranih skupin prebivalstva; ambulantno zdravljenje kot nadomestilo bolnišničnemu zdravljenju; nuni standardizirani ortopedski ter drugi tehnični pripomočki; zagotavljanje učinkovitih zdravil.

Druga prioriteta

4. "Navadno zdravljenje" (vsakdanje bolezni in lahke poškodbe); zdravljenje, ki ga lahko načrtujemo in zanj varčujemo; zdravstvena pomoč, kjer je manj razlogov za javno zdravstveno zavarovanje.

Tretja prioriteta

5. Nezdravstvene storitve (stroški nastanitve in bivanja v bolnišnici)
6. Denarni prejemki (pravice iz socialnega varstva in zavarovanja)

1.3. Strokovna opredelitev

1.3.1. Oblika zdravstvene dejavnosti

1. vzdrževanje in krepitev zdravja v zvezi z znanimi in novimi zdravstvenimi tveganji (javnozdravstveni programi vzgoje in izobraževanja ipd.);
2. preprečevanje obolevanja oziroma individualizirana preventiva pri znanih ali novih zdravstvenih tveganjih;

a) primarna preventiva: preprečevanje kroničnih bolezni in poškodb, specifična zaščita (npr. obvezna cepljenja ipd.);

b) sekundarna preventiva: zgodnje odkrivanje (presejalni testi, dispanzerska dejavnost ipd.), zdravljenje in rehabilitacija;

c) terciarna preventiva: ohranjanje preostalega zdravja in delovnih sposobnosti, podaljševanje življenja oz. odlaganje smrti (zdravstveni programi s področja kroničnih nenalezljivih bolezni ipd.);

3. zdravlje ie (znanih bolezni, novih bolezni);

4. rehabilitacija bolnih in poškodovanih.

1.3.2. Raven zdravstvene dejavnosti

- primarna: osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost,
- sekundarna: specialistična ambulantna in specialistična bolnišnična oskrba,
- terciarna: zdravstvena dejavnost klinik in inštitutov

1.4. tehnična opredelitev

1.4.1. Narava zdravstvenega programa

- spreminjanje ali dograjevanje (širitev) obstoječega zdravstvenega programa,
- nov zdravstveni program

1.4.2. Namembnost zdravstvenega programa

- opravljanje zdravstvenih storitev,
- opravljanje zdravstvenih in nezdravstvenih storitev,
- zdravila: proizvodnja, promet, prodaja, predpisovanje, nadzor ipd.,
- ortopedski in tehnični pripomočki:
proizvodnja, promet, p rodaja, predpisovanje, nadzor ipd.

KOMU

1.5. Rizična skupina

- celotno prebivalstvo: možni koristniki so vsi ljudje;
- opredeljena skupina: otroci in mladina, ženske, aktivno zaposleni (delavci), ostareli, ljudje v neugodnih življenjskih razmerah, bolniki z določeno boleznijo ipd.;
- velikost (številčnost) skupine

KOLIKO IN KDAJ

1.6. Obseg zdravstvenega programa

- letni obseg zdravstvenih storitev (pregledov, posegov, operacij itd.), ordinacij, BOD, DRG, nezdravstvenih storitev ipd.;
- minimalni, optimalni, maksimalni letni obseg;
- večji obseg dela (storitev) drugih zaradi izvajanja predloženega zdravstvenega programa (kdo, kaj, koliko, kje);
- čas izvajanja: čez vse leto ali sezonsko (kdaj)

KJE

1.7. Kraj izvajanja zdravstvenega programa

- javni zdravstveni zavod (kje);
- koncesionar (kje);
- zasebna zdravstvena ambulanta zunaj mreže javne zdravstvene službe (kje)

2. Zmogljivost izvajanja zdravstvenega programa

KDO

2.1. Potrebno število in usposobljenost osebja

- zdravstveno osebje (je ali ni na voljo)
 - a) zdravniki in zdravniki specialisti
 - b) drugo zdravstveno osebje
- nezdravstveno osebje: administrativno in tehnično osebje
- predvidena izkoriščenost osebja
 - a) polna
 - b) delna (koliko)

S ČIM

2.2. Ustrezni prostori in oprema

- razpoložljivost ustreznih prostorov:
 - a) so na voljo
 - b) so na voljo, vendar potrebujejo prenovno
 - c) dograditev
 - d) novogradnja (lokacija: je, ni)
- razpoložljivost ustrezne opreme
 - a) je na voljo
 - b) potrebno jo je dokupiti (kaj)
 - c) potrebno jo je v celoti kupiti (kaj)
- predvidena izkoriščenost prostorov
 - a) popolna (vsak dan, dopoldan in popoldan)
 - b) nepopolna (koliko)
- predvidena izkoriščenost opreme (po predpisih proizvajalca)
 - a) minimalna
 - b) optimalna
 - c) maksimalna

3. STROŠKI IZVAJANJA ZDRAVSTVENEGA PROGRAMA

NA ČIGAV RAČUN

3.1. Plačnik naložbe (investitorji) - viri naložbe

- proračun države in sredstva občin (sredstva ustanoviteljev javnih zdravstvenih zavodov)
- ZZZS (po sedanjih predpisih ne more biti, morda v prihodnje)
- skladi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja
- lastna sredstva javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev
- zasebna sredstva fizičnih in pravnih oseb (samoprispevki, donacije)
- posojilo (plačnik stroškov posojila: anuitet, obresti)
- drugi (sredstva za raziskovalno dejavnost ipd.)

3.2. Plačnik tekoče zdravstvene dejavnosti

- proračun države in sredstva občin
- ZZZS
- skladi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja
- zasebna sredstva fizičnih in pravnih oseb

PO ČEM

3.3. Vrednost (cena) programa

- vrednost letnega programa
- cena enote zdravstvenega programa (iz točke 1.6., prva alineja)

3.4. Stroški izvajanja zdravstvenega programa

- neposredni storški
 - a) nakup zemljišča in stroški gradbene dokumentacije
 - b) izgradnja stavbe, priprava prostorov, dograjevanje, prilagajanje
 - c) nakup in montaža opreme
- posledični storški
 - a) priprava za delo
- dodatno usposabljanje obstoječega osebja
- nove zaposlitve že usposobljenega osebja
- premeščanje osebja in spreminjanje organizacije dela
- premeščanje materialnih zmogljivosti (opreme in podobno)
- preizkus delovanja, inštrukcije uporabnikom
- marketing za komercialno prodajo storitev
 - b) delovanje (izvajanje zdravstvenih programov)
 - c) družbeni stroški

- nove odsotnosti z dela
- daljše ali pogostejše odsotnosti z dela zaradi že znanih vzrokov, ki so posledica izvajanja predloženega programa
- osebni stroški ne glede na zdravstveno zavarovanje (potni stroški, stroški nastanitve in bivanja)

4. ZDRAVSTVENE IN EKONOMSKE KORISTI IZVAJANJA ZDRAVSTVENEGA PROGRAMA

KAJ PRIDOBIMO

4.1. Pričakovane zdravstvene koristi: zdravstveni rezultati, ocenjeni ali merjeni

- odstranitev ali zmanjševanje bolečine (v %)
- odstranitev ali zmanjšanje strahu (v %)
- preprečitev ali omejitev obolenja (v %)
- upočasnitev bolezni (v %)
- večja možnost ozdravitve ali zazdravitve (v %)
- ohranitev duševne in telesne sposobnosti (v celoti)
- preprečitev prezgodnje upokojitve (v % primerov)
- izboljšano zdravje in kakovost življenja (v %)
- preprečitev prezgodnje smrti (daljša doba preživetja v letih)

4.2. Pričakovane ekonomske koristi

- skrajšanje odsotnosti z dela zaradi bolezni in zdravljenja (koliko)
- podaljšanje delovnega obdobja s polno ali omejeno delovno sposobnostjo (koliko let)
- večja intenzivnost in produktivnost dela
- ni stroškov zdravljenja oz. so tu prihranki plačnikov zdravstvenih storitev (neposredne koristi izvajanja zdravstvenega programa, zmanjšanje stroškov delodajalcev za nadomestila zaradi odsotnosti z dela zaradi bolezni in zdravljenja)
- povečanje dohodkov iz dela (plača)
- dobički delodajalcev (posredne koristi izvajanja zdravstvenega programa)

Zaključek:

Vsaka razvita država teži po obvladovanju stroškov za zdravstveno varstvo. Popolnoma normalno je, da se pri uresničevanju interesov v zdravstvenem varstvu pojavljajo nasprotja. Zelo neodgovorno pa je, če si zatiskamo oči pred dejstvom, da so finančne možnosti družbe omejene.

Najrazličnejša zavajanja pacientov v časopisih, uporabljanje argumenta moči namesto moči argumenta, lobiranja z političnimi strankami prinesejo le kratkotrajne rešitve. Zmagajo tisti, ki so v danem trenutku močnejši.

ekonomsko nenadzorovan razvoj zdravstvenega varstva vodi v neenakost, kar pa je v nasprotju z temeljnim načelom Zavoda o enakih možnostih vseh zavarovancev. Zato bo zavod podpiral takšen razvoj zdravstvenega varstva, ki bo temeljil na študijah stroškov in pričakovanih koristi.

Literatura in viri:

1. Dr. Piškur Kosmač D.: Osnove vrednotenja stroškov in koristi izvajanja zdravstvenih programov, zaključna naloga, management v zdravstvu, Ljubljana 1995
2. Strategija razvoja zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji. Ministrstvo za zdravstvo Ljubljana, 1995
3. Česen M. Obvladovanje izdatkov za zdravstvo realna možnost ali le želja zdravstvene politike, Ljubljana 1995
4. Letica S. Zdravstvena politika u doba krize, Zagreb, Naprijed, 1989