Bogomil Ferfila

MULTIMEDICINSKA OSKRBA IN MULTIMEDIJSKA INDUSTRIJA KOT TEMELJNI RAZVOJNI INDUSTRIJI 21. STOLETJA

Japonska je danes ena najhitreje starajočih se družb na svetu in tega se dobro zaveda. V devetdesetih letih je bilo izločevanje sredstev za socialno zavarovanje še razmeroma nizko, napovedujejo pa hitro povečanje in se želijo nanj dobro pripraviti. Vse večji delež starejših prebivalcev namreč nujno povzroči ne le vse višje pokojninske in socialne stroške, marveč tudi vse višje stroške za medicinsko oskrbo in nego. Zanimivo je, da se želijo Japonci že danes pripraviti na demografsko sliko japonskega prebivalstva, ki bo nastopila šele čez nekaj desetletij in ki jo imamo v Sloveniji in nekaterih zahodnoevropskih državah že kar nekaj let. Poglejmo najprej malo statistike.

Na Japonskem je bilo l. 1990 breme socialnega zavarovanja (razmerje med stroški socialnega zavarovanja in narodnim dohodkom) 11,5%, kar je bilo približno toliko kot v ZDA (10,3%), pa precej manj kot v Zahodni Nemčiji, Švedski in Sloveniji (okoli 22%). Že l. 1994 se je na Japonskem breme zvišalo na 13,4%, leta 2025 pa naj bi doseglo 20%. Skupaj z vsemi drugimi davki (se pravi, breme socialnega zavarovanja in breme »klasičnih« davkov skupaj) pa naj bi tega leta celotno breme znašalo okoli 50% (Economics Department 1996: 15-16).

Čeprav smo v Sloveniji na samem svetovnem vrhu (relativnega) trošenja za socialno zavarovanje (Phillips, Ferfila 1994: 230), se problemom, povezanim s staranjem slovenskega prebivalstva, ne posvečamo kaj dosti. Izjema je le reforma pokojninskega sistema, kjer pa nam »voda že teče v grlo« in je celoten projekt bolj »gasilska veselica« kot dolgoročno načrtovana pokojninska strategija. Naj povemo, da so že leta 1997 zaposleni v Sloveniji za socialno zavarovanje (pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje, zavarovanje za primer brezposelnosti, družinska odsotnost) plačevali 22,1% bruto plač, delodajalci pa so morali na to dodati še 22,6%. To pomeni, da je že skoraj polovica bruto plače v Sloveniji namenjena socialnemu zavarovanju, res pa je bilo breme plačevanja razdeljeno med delojemalce in delodajalce. Verjetno je tudi, lahko rečemo, kritično stanje slovenskih javnih financ razlog več, da se seznanimo z japonskimi pogledi na organiziranost zdravstvene oskrbe, ki naj bi bila tako tržno usmerjena, cenejša, bolj prilagojena potrebam uporabnikov, obenem pa tudi povezana z drugo industrijsko vejo prihodnosti – multimedijsko industrijo.

Treba je poudariti, da gre za vizijo, utemeljeno na neoklasičnem ekonomskem pristopu k uravnavanju gospodarskega in družbenega razvoja, katerega univerzalne »svetinje« so zlasti trg, deregulacija in privatizacija. Za glavnega nosilca gospodarske in politične dejavnosti neoklasični pristop pojmuje izključno zasebni sektor, za glavni mehanizem uravnavanja družbenih (gospodarskih, političnih in sociokulturnih odnosov) pa (tržno) konkurenco in tekmovanje. Nedvomno ima tak pristop določene prednosti – predvsem nižje stroške –, pa tudi številne pomanjkljivosti: presojanje vsega, vključno človeškega življenja, prek denarja; nepredvidljivost razvoja, temelječega zgolj na tržni iniciativi in dobičku, itn. Vendar ne bomo razpravljali o njegovih pomanjkljivostih, ampak pokazali na njegove potencialne prednosti. Ob zaskrbljivem stanju javnih financ v Sloveniji pa tudi na

Japonskem je pač treba več tržnosti in zasebne iniciative, ne glede na mogoče pomisleke.

Glavna prednost privatizacije, se pravi, prenosa izvajanja socialnih funkcij na zasebni sektor (vlada lahko še vedno zbira denar in za preskrbovanje storitev plačuje zasebnemu sektorju, ali pa potrošniki neposredno plačujejo za socialne storitve), je znižanje stroškov. Pogosto je potem težava kakovost storitev, ki jih izvaja zasebni sektor, a to se da doseči s predpisanimi standardi in nadzorom. V tabeli 1 vidimo, da so na Japonskem izračunali, da bi prenos javnih funkcij na zasebni sektor pocenil (od 30% do 70%) njihovo izvajanje.

Tabela 1: Stroški opravljanja nekaterih javnih storitev v državnem in zasebnem podjetju – v jenih

Dejavnost	V okviru državnega podjetja	Prepuščeno zasebnemu sektorju	Prihranek v %
Zbiranje gorljivih odpadkov (na tono)	17.921	8.252	54,0
Preskrba šolskih obrokov (na obrok)	431	238	44,8
Upravljanje kulturnih objektov (na leto)	390 mio	173 mio	55,6
Plače pomožnega osebja na šolah (na leto)	6,57 mio	1,82 mio	72,3
Upravljanje vrtca (na otroka)	961.000	631.000	34,3
Plača osebe, ki izvaja pomoč na domu (na uro)	4224	2852	32,5
Kopanje ostarele osebe na domu (enkratno)	28.429	14.905	47,6
Varovanje zgradbe lokalne vlade (na leto)	18,5 mio	6,54 mio	64,7

Vir: Economics Department 1996: 12.

Zelo sveže (tudi za slovenske razmere) deluje ideja, da je izvajanje socialnovarstvenih storitev zlasti pri medicinski oskrbi in negovanju velika priložnost za zasebni sektor oziroma za zasebno iniciativo in obenem področje, katerega hiter razvoj bi lahko kot vlečna lokomotiva potegnil za seboj še rast drugih industrij. Če tako »lokomotivo« potrebujejo na Japonskem, bi jo pri nas ob dosti bolj zaskrbljujočem stanju socialnega zavarovanja v Sloveniji še toliko bolj. Poleg »industrije« multimedicinske oskrbe je bilo kot druga taka propulzivna industrija označeno še multimedijsko, informacijsko-komunikacijsko področje. Položaj obeh, zlasti medicinske oskrbe, je na Japonskem in v Sloveniji podoben. Tako izvajanje zdravstvenih storitev kot informacijsko-komunikacijsko področje sta bili izrazito »zaprti« industriji, kar je pomenilo, da sta imeli malo vpliva na druge industrije, in tudi sami sta bili le malo dovzetni za vplive drugih industrij.

Japonsko industrijo (industrija v širšem smislu kot proizvodnja na veliko) lahko razdelimo na štiri skupine – glede na njeno vlogo v razvoju narodnega gospodarstva v smislu vpliva na druge industrije (koeficient vpliva), pa tudi glede na odprtost na vplive od drugih industrij (koeficient občutljivosti). Čim večji je koeficient vpliva posamezne industrije, tem večji je njen vpliv na proizvodnjo drugih industrij, kar pomeni, da njena rast povzroči tudi rast drugih industrij – princip lokomotive. Čim večji je koeficient občutljivosti, tem bolj je ta industrija odvisna od drugih industrij. Te skupine so naslednje.

1. Prvi in najpomembnejši »vlečni« sektor japonskega gospodarstva so »tradicionalne vodilne industrije«, ki imajo visoka oba koeficienta: avtomobili, jeklarstvo-železarstvo, kemična industrija, proizvodnja lesne mase za papirno industrijo, komunikacijska oprema, kovine.

2. Visoko tehnologizirane (*high-tech*) industrije, ki imajo velik vpliv na druge industrije in majhno senzibilnost: precizna strojna oprema, industrijska in električna strojna oprema, potrošniška elektronika.

3. »Regulirane« industrije, ki imajo majhen vpliv na druge gospodarske sektorje,

so pa zelo občutljive na to, kaj se dogaja v drugih sektorjih – sem spadajo trgovina, transport, finance, izobraževanje, nepremičninski sektor, infrastruktura.

4. Zadnji, z narodnogospodarskega vidika morda najmanj pomemben sektor pa so tako imenovane »zaprte industrije«, ki imajo majhen vpliv na druge industrije, so pa tudi same malo odvisne od njih oziroma gospodarskega dogajanja. To pomeni tudi majhno tržno občutljivost, kar predpostavlja močno podporo v obliki vladnega financiranja. Sem bi na Japonskem uvrstili zdravstveno oskrbo, telekomunikacije, kmetijstvo in rudarstvo.

Za telekomunikacije in zdravstveno oskrbo je značilen njun velik pomen v odnosu do vsakega posameznega državljana – od tod tudi njuna javnost in netržnost.

Ob odprtju teh dveh sektorjev trgu in zasebni iniciativi bi se verjetno njuno davčno breme za družbo zmanjšalo, povečale bi se možnosti angažiranja domačega in tujega kapitala, znižale cene storitev. Nedvomno pa bi take pozitivne premike spremljala večja nezaposelnost, ki bi bila ob inovativnosti na tem širokem in obetajočem področju lahko le začasna, saj bi se lahko razvili številni novi proizvodi in storitve.

MULTIMEDIJSKA INDUSTRIJA

V skladu s programom preoblikovanja Japonske v informacijsko družbo 21. stoletja, z japonskim dopolnilom konceptu Ala Gorea »ameriških informacijskih avtocest«, naj bi multimedijska industrija v bližnji prihodnosti doživela hiter razcvet. Z okoli 16 milijard jenov v letu 1996 naj bi se na njenih trgih leta 2010 obračalo že 123 milijard jenov (nekaj manj kot milijarda ameriških dolarjev – skoraj 50 slovenskih kosmatih družbenih proizvodov). To bi bistveno pripomoglo k japonski gospodarski rasti, ne smemo pa pozabiti tudi na velik vpliv multimedijske industrije na življenjski slog ljudi, pa tudi na način poslovanja podjetij.

Če začnemo kar s podjetji: videokonference, elektronska pošta in druge oblike informacijsko-komunikacijske tehnologije za podporo menedžerskih sistemov, vse več trgovanja z izdelki in storitvami na internetu, elektronske borze vrednostnih papirjev, elektronsko bančništvo – vse to odpira nove razsežnosti poslovanja in tudi podjetje kmalu ne bo več enako, kot smo ga vajeni v obliki zgradb, pisarn, proizvodnih tovarn itn.

Multimedijska industrija bo vse bolj spreminjala tudi način življenja vsakega posameznika. Naštejmo nekaj področij, kjer so spremembe že danes najbolj otipljive:

- področje izobraževanja in zabave: video kasete oziroma diskete, elektronski časopisi, elektronske založbe,
- pripomočki za lagodnejše vsakdanje življenje: kupovanje izdelkov po elektronski pošti od doma, opravljanje raznih administrativnih opravil (plačevanje davkov, zavarovanj, registracij),
- zagotavljanje ključnih življenjskih potreb z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo: izobraževanje na daljavo, medicinska oskrba in negovanje na daljavo, varovanje z videonapravami, svetovanje.

Za družbo 21. stoletja, v kateri bo odstotek starejših državljanov neprimerno večji kot danes, bodo še posebej pomembne multimedijske storitve, ki bodo zagotavljale ustreznejšo in cenejšo zdravstveno oskrbo in nego, zlasti na domu. To nam potrjujejo tudi rezultati ankete urada predsednika japonske vlade, ki jih podajamo v tabeli 2.

Vidimo, da je skoraj polovica anketirancev menila, da bo v prihodnosti potrebovala informacijsko-komunikacijske storitve, povezane z medicinsko oskrbo in nego na domu. Na Japonskem (podobno kot v Sloveniji) sta nujni zlasti dve skupini ukrepov, da bi se lahko to področje hitro razvijalo:

1. *Deregulacija informacijsko-komunikacijske industrije.* Informacijska komunikacija je tako na Japonskem kot tudi v drugih državah razdeljena na številne sektorje, ki spadajo pod različno zakonodajo. V Sloveniji npr. na področju komunikacij in telekomunikacij ni dovoljena udeležba tujih korporacij, res pa je, da ni omejena zgornja meja tujega lastništva in je dovolj, če ima podjetje le en odstotek domačega kapitala, pa lahko deluje tudi na tem področju (omejitve za tuji kapital v Sloveniji so še pri

Tabela 2: Katere informacijskokomunikacijske storitve boste po vašem mnenju najverjetneje potrebovali?

Informacijsko-komunikacijska storitev	v % od vseh odgovorov
Medicinsko oskrbo in podporni sistem na domu	45,6
Video na zahtevo	24,6
Elektronski časopis	19,6
Sistem učenja na domu	18,9
Nakupovanje po TV	18,7
Elektronske knjižnice	15,3
Udeležba v igrah na daljavo	4,3

Vir: *Survey of Lifestyles and Information and Communications*, 1995.

vojaški opremi, železniškem in zračnem transportu, pozavarovanju, računovodskem nadzoru, založništvu, televizijskem in radijskem oddajanju, v borznih hišah in investicijskih družbah za menedžment investicijskih skladov). Na Japonskem so bile telekomunikacije in oddajanje regulirani z različnimi zakoni. Del telekomunikacijske industrije je spadal pod upravo oddelkov za notranje, del pa pod upravo oddelkov za mednarodne zadeve. Domače telekomunikacije so bile razdeljene na telekomunikacije na velike razdalje, mobilne, lokalne in satelitske telekomunikacije, kar je imelo za posledico zapleten sistem nadzora in upravljanja. Potencialni podjetniki so morali za vstop na telekomunikacijsko področje iskati dovoljenja pri različnih ministrstvih. Tuje korporacije so bile omejene pri neposrednih naložbah na to področje v maksimalnem obsegu petine do tretjine vrednosti celotne naložbe. Tak sistem regulacije je bil vsaj v ekonomskem pogledu neprimeren za razvoj multimedijske industrije, ki vse bolj postaja telekomunikacijska in difuzijska celota.

Na tem mestu pač ne bomo zahajali v njene politične, sociokulturne in vzgojne komponente, ki morajo verjetno zasledovati še kakšne druge cilje, kot sta dobiček in gospodarska rast. Res pa je, da tudi na gospodarske vidike ne smemo v celoti pozabiti. Ali, pravilneje rečeno, v globalnem svetovnem konkurenčno-tržnem sistemu ekonomije in politike, ki vse trdneje ovija zemeljsko oblo v svojo mrežo, bo vse težje zanemarjati tržno, profitno logiko. Argument za močno deregulacijo multimedijskega področja je tudi dejstvo, da je danes nemogoče napovedati, kako se bo to izjemno pomembno področje razvijalo, kako hitro in s kakšnimi gospodarskimi in družbenimi posledicami. Velja pa, da je sedanji sistem upravljanja in nadzora multimedijskega področja zaprt in omejevalen in bi ga bilo treba spreminjati v smeri odprtega in konkurenčnega sistema. Za spodbuditev združevanja medijev (v smislu nastajanja medijskih imperijev – kar je lahko politično in družbeno precej vprašljivo) bi bilo nujno poenotiti tudi zakonodajo in upravno administrativno organiziranost (razcepljenost) tega področja.

2. *Večja javna (državna) podpora gradnji ustreznega informacijsko-komunikacijskega omrežja.* Multimedijska industrija se lahko razvija le na ustreznem podatkovno-komunikacijskem omrežju. Taka omrežja danes pospešeno gradijo ne le v Evropi in Severni Ameriki, marveč tudi na Japonskem, v Singapurju, Južni Koreji in drugih azijskih državah. V ZDA so se obvezali, da bodo v skladu z Goreovim konceptom »informacijskih avtocest« do leta 2015 pokrili celotno ozemlje ZDA z ustreznim informacijsko-komunikacijskim omrežjem. Japonci so želeli biti še hitrejši in so sprejeli načrt gradnje optičnokabelskega omrežja do leta 2010. Načrt ima tri zaporedne stopnje:

- do leta 2000 naj bi omrežili večino mestnih območij glavnih mest vseh prefektur – kar bi zajelo okoli 20% vsega japonskega prebivalstva,

• do leta 2005 vsa mesta z več kot 100 000 prebivalci – to naj bi pomenilo »priključitev« že 60% vsega prebivalstva,

• preostalih 40% pa do leta 2010.

Celotna naložba je bila ocenjena na 16 do 27 milijard jenov, s stroški terminalov za naročnike, relejnega sistema iz optičnih vlaken in potrebne programske opreme pa naj bi stroški narastli na 33 do 53 milijard jenov.

MULTIMEDICINSKA OSKRBA

S pospešenim staranjem prebivalstva in hitrim nadomeščanjem večgeneracijskih družin s skupnim gospodinjstvom in gospodinjstvi z eno ostarelo osebo je tudi Japonska postala (podobno kot zahodnoevropske države in Slovenija) država, kjer je medicinska oskrba in nega starejših oseb postala izjemno pomembno področje. Ker gre za vključitev velikih finančnih in človeških virov, je nedvomno koristno najti rešitve, ki bi poleg občutljivih človeških vrednot upravičile tudi ekonomsko racionalnost organizacijskih rešitev in politik na tem področju.

Pri medicinski oskrbi in negi starejših je tako za Japonsko kot za Slovenijo značilna dobršna mera administrativno in ponudbeniško usmerjene miselnosti, le malo pa je razmišljanj, usmerjenih zgolj k potrošniku. Lahko pa trdimo, da je potrošniška miselnost nujna tudi na tem področju, saj lahko le tako zadovoljimo vse bolj različne in zapletene zahteve številne populacije starejših državljanov.

Kot smo videli v primerjavi stroškov opravljanja javnih storitev v zasebnem in javnem sektorju, lahko večja odprtost področja zasebni iniciativi in tržni tekmovalnosti bistveno zniža cene storitev in s tem tudi angažiranje zasebnih in javnih finančnih sredstev.

K odpiranju zdravstvenega in negovalnega sektorja lahko pomembno prispeva tudi to, da se opre na multimedijske povezave in infrastrukturo. Multizdravstvena oskrba v povezavi z mediji lahko ponudi starejšim osebam, njihovim družinam in vsem, ki potrebujejo nego, prilagodljivo in široko paleto storitev. Prav medijske povezave lahko omogočijo, da se oskrba starejših preusmeri od nekdaj in še vedno prevladujoče oskrbe in nege v bolnišnicah in domovih za ostarele k veliko cenejši in obenem uporabniku neprimerno bolj prilagojeni oskrbi v domačem okolju in njegovi lokalni skupnosti.

Današnji sistem zdravstvenega zavarovanja na Japonskem se je razvil na podobnih temeljih kot slovenski – na prepričanju, da mora biti vsakemu državljanu vedno in povsod zagotovljen enak pristop do enako kakovostnih zdravstvenih storitev. V dosedanjem razvoju je bil japonski pristop uspešen, kar potrjuje mednarodna primerjava ključnih medicinskih kazalnikov (*Japan 1998*: 103). Po številu zdravnikov na tisoč prebivalcev (1,8 v letu 1994) je sicer Japonska zaostajala za veliko večino držav OECD (to so praktično vse najbolj razvite države sveta) – ZDA je imela 2,6, Švedska 3,1, Nemčija 3,4, Španija 4,1, Italija 1,7 zdravnika na tisoč prebivalcev –, vendar je bila produktivnost dela japonskih zdravnikov daleč največja. Leta 1994 so namreč imeli na razpolago največ postelj na tisoč prebivalcev (Japonska 16,2, ZDA 4,1, Nemčija 9,7, Švedska 6,5, Španija 4,0, Italija 6,5); obenem pa je bila povprečna doba bivanja bolnika v bolnišnici prav tako najdaljša (Japonska 45,5 dneva, ZDA 8 dni, Nemčija 14,2 dneva, Švedska 7,8 dneva, Španija 11,5 dneva, Italija 10,8 dneva). Kljub široki dostopnosti zdravstvenih storitev, odlični opremi, visoki kakovosti zdravstvenih storitev je bil japonski zdravstveni sistem eden izmed najcenejših. Celotni zdravstveni stroški so leta 1995 nanesli 7,2% kosmatega družbenega proizvoda, kar je bilo z izjemo Velike Britanije (6,9%) najnižje trošenje med državami OECD (ZDA 14,2%, Švedska 7,2%, Nemčija 10,4%, Španija 7,6%, Italija 7,7%, Avstralija 8,6%).

Če pa pogledamo japonske zdravstvene stroške v zadnjih desetletjih, opazimo predvsem dvoje:

1. vse večje stroške zdravstva glede na narodni dohodek – leta 1980 so zdravstveni stroški nanesli 6%, leta 1994 pa 7,1% narodnega dohodka;

2. velik del rasti zdravstvenih stroškov je

šel na račun geriatrične medicine, katere udeležba v celotnih stroških zdravstva se je hitro povečevala – od 17,8% v letu 1980 na 30,9% v letu 1994 (Economics Department 1996: 29).

Glede na uspešnost japonskega zdravstvenega sistema v mednarodni perspektivi je tvegano postavljati zahteve po njegovi reformi. Res pa je, da bi glede na nekatere krizne tendence konec devetdesetih let japonskemu gospodarstvu zelo koristil pojav nove »vlečne industrije«, za kar multimedijsko in multizdravstveno področje nedvomno ima velike možnosti.

Soočanja tržno-profitnih kriterijev kot osrednjega vodila globalnega kapitalizma na eni strani in humanih načel varovanja človekovega zdravja na drugi se (zelo počasi) lotevamo tudi v Sloveniji, zato je razprava na Japonskem lahko poučna tudi za nas. Jasno je, da ekonomska učinkovitost in stroški ne morejo biti edino vodilo sistema zdravstvene oskrbe in nege. Na Japonskem so poudarili štiri probleme klasično (tudi na Slovenskem) zaprtega in okostenelega področja zdravstvenega zavarovanja (Economics Department 1996: 29-30):

• doslejšnji »klasični« sistem ovira menedžersko učinkovitost in ustvarjalno inovativnost,

• otežuje ustrezne odgovore na vse večje potrebe po preventivni medicini in zdravstvenih objektih, ki niso vključeni v sistem zdravstvenega zavarovanja, oziroma na vse večjo različnost in zahtevnost uporabnikov nasploh,

• uporabniki nimajo zadostnega dostopa do informacij, kar ovira njihove možnosti izbire in uveljavljanje tržnih načel nasploh,

• povečuje primanjkljaj investicijskih sredstev, potrebnih za gradnjo novih oziroma obnovo dotrajanih objektov.

Da bi presegli tako stanje in preobrazili področje zdravstvenega zavarovanja v odprt in bolj tržen sistem, je v prvi vrsti potrebna radikalna sprememba v miselnosti – to področje moramo razumeti kot storitveno industrijo in se osredotočiti na njenega uporabnika oziroma potrošnika. Uporabnik mora tako kot drugod imeti možnost izbire, zato pa mora zlasti imeti dostop do zdravstvenih informacij. Zdravstvene institucije pa poleg novih upravljalskih pristopov potrebujejo tudi svež kapital.

Nedvomno ima zdravstveno področje nekatere posebnosti, zaradi katerih se razlikuje od drugih industrij in jih je treba upoštevati:

• pogosto ni mogoče napovedati obsega povpraševanja po zdravstvenih storitvah, saj se ne da predvideti naravnih in drugih nesreč, epidemij, kroničnih bolezni,

• pogosto je razpoložljivost zdravstvenih storitev vprašanje življenja in smrti,

• obstaja bistvena razlika med ponudniki zdravstvene oskrbe (zdravniki, sestre, farmacevti) in njenimi uporabniki, bolniki, v smislu njihovega znanja, dostopa do informacij, sposobnosti oceniti stanje.

SMERI TRŽNE REFORME

PROFITNO UPRAVLJANJE ZDRAVSTVENIH KORPORACIJ

Prav navedene značilnosti zdravstva so povzročile nastanek posebnih cenovnih mehanizmov in posebne zakonodaje. Na Japonskem je treba v tem okviru predrugačiti zlasti upravljanje zdravstvenih korporacij.

Po zakonu o zdravstvenem poslovanju je zdravstvena korporacija organizacijska oblika, katere namen je voditi poslovanje bolnišnic, klinik s stalno zaposlenimi zdravniki in zobozdravniki in domov za ostarele. Za začetek poslovanja mora zdravstvena korporacija pridobiti licenco od guvernerja prefekture ali od ministrstva za zdravstvo in socialne zadeve. Imajo status posebnih korporacij. Tabela 3 kaže, da je na Japonskem skoraj polovica bolnišnic v rokah zdravstvenih korporacij.

Sedmi člen zakona o zdravstvenem poslovanju, ki določa pogoje ustanavljanja zdravstvene korporacije, določa, da ne smejo pridobiti licence za vodenje bolnišnice ali druge zdravstvene institucije podjetja, katerih cilj je pridobiti dobiček. Na tak način je delniškim družbam in drugim korporacijam, ki želijo ustvarjati dobiček,

Tabela 3: Bolnišnice glede na način ustanovitve (ob koncu 1993)

Ustanovitelj bolnišnice	Število bolnišnic	Razmerje do vseh bolnišnic (v %)
Osrednja vlada	394	4,0
Organizacija iz javnega sektorja	1378	14,0
Socialno zavarovanje	137	1,4
Zdravstvena korporacija	4550	46,2
Posameznik	2530	25,7
Drugi	855	8,7
Skupaj	9844	100,0

Vir: Economics Department 1996: 34

onemogočeno ustanavljanje bolnišnic in klinik. Zdravstvene korporacije kot v potrditev neprofitno usmerjenega poslovanja tudi ne smejo deliti dividend, da pa ne bi dajale poslovanju prednosti pred zdravstveni vprašanji, so lahko njihovi direktorji samo zdravniki (46. člen).

Tak strah pred zgolj profitno usmerjenostjo zdravstva je na Japonskem verjetno pretiran – v Sloveniji smo že pred leti sprostili take ovire, zasebna iniciativa in tržna konkurenca pa se je učinkovito vklopila v sistem zdravstvenega varstva. Dejstvo je, da ima tudi zdravstvena oskrba značilnosti javne storitve in da imajo zdravstvene korporacije po zakonu že tako poseben status. Če bi se osredotočile zgolj na ustvarjanje dobička in zanemarile zdravstveno plat storitev, bi verjetno tudi po tržni logiki kmalu propadle.

Obenem pa zakonsko ni prepovedano ustvarjanje osebnega dobička v zdravstvu, tako da gre zgolj za prepoved na ravni organizacije. Dotok zasebnega kapitala na to področje bi Japonski omogočil privarčevati del javnih sredstev, ki zlasti glede na potrebo po odpisu vseh neizterljivih dolgov iz obdobja »mehurčkaste ekonomije« postajajo vse bolj redka. Verjetno se korporacije ne bi usmerile na ustvarjanje dobička zgolj pri bolnišničnem poslovanju, marveč bi se angažirale pri preskrbi celovite zdravstvene oskrbe in nege uporabnikov ter tako zajele tudi druge javne institucije, npr. lekarne, zavode za rehabilitacijo itn.

PODJETNIŠTVO IN OSKRBA STAREJŠIH NA DOMU

Drugo tako področje, na katerem bi morali na Japonskem omogočiti dostop zasebnemu kapitalu, je nega starejših na domu. Ta poteka večinoma prek postaj, kjer so zaposlene medicinske sestre, ki obiskujejo ostarele osebe oziroma bolnike, ki potrebujejo oskrbo na domu. Tudi večino teh postaj so ustanovile in vodile zdravstvene korporacije, kar kaže tabela 4.

Zakonsko so sicer zasebne korporacije lahko sodelovale na tem področju, vendar so jim direktive ministrstva za zdravje in socialo guvernerjem provinc prepovedale upravljanje tistih postaj, ki so bile financirane prek programov zdravstvenega in starostnega zdravstvenega zavarovanja. Ministrstvo je prepoved, po kateri korporacije, ki jih zanima samo dobiček, ne smejo sodelovati v tem večinskem delu postaj, utemeljilo z enakimi razlogi kot zavrnitev možnosti, da bi postale zdravstvene korporacije.

Če pa bo želela vlada uresničiti tako imenovani novi zlati načrt, po katerem naj bi do leta 1999 na Japonskem delovalo že 5.000 postaj z medicinskimi sestrami negovalkami, ki naj bi ponujale oskrbo hitro starajoči se japonski družbi, je skorajda nujno, da negovanje razumemo kot storitev, ki jo lahko opravljajo tudi zasebne korporacije.

Če pogledamo prakso po svetu, vidimo precejšnjo raznolikost. Na Švedskem je služba za nego na domu v rokah vlad prefektur, v Nemčiji pa jo vodijo javne

Tabela 4: Postaje z medicinskimi sestrami glede na način ustanovitve (julij 1995)

Ustanovitelj postaje	Število postaj	Razmerje (v %) do vseh postaj
Občinska vlada	67	8,0
Zdravstvena korporacija	408	48,6
Socialnovarstvena korporacija	81	9,6
Japonski Rdeči križ	5	0,6
Združenje zdravnikov	116	13,8
Združenje medicinskih sester	36	4,3
Ministrstvo za zdravstvo ali njegovi organi	88	10,4
Zasebne korporacije	37	4,4
Drugi	2	0,2
Skupaj	840	100,0

Vir: Economics Department 1996: 36

organizacije in regionalne socialnovarstvene postaje, ki jih ustanovijo zasebne zdravstvene organizacije. V ZDA jo opravljajo tako profitne kot neprofitne korporacije.

TRŽNOST POVEZANIH DEJAVNOSTI

Večji poudarek tržnosti in večjo svobodo vstopa predlagajo tudi pri pomožnih oziroma spremljajočih bolnišničnih dejavnostih, kot so usposabljanje zdravstvenega osebja, lekarne, domovi za starejše, operacijske dvorane itn. Ko bodo izvedli predlagane spremembe bodisi v celoti bodisi deloma, bodo morali spremeniti še eno pomembno področje teh dejavnosti – zakonske omejitve njihovega trženja.

69. člen zakona o zdravstvenem poslovanju namreč, da bi zavaroval položaj zdravstvenih institucij kot javnih zdravstvenih organizacij, močno omejuje njihove možnosti komuniciranja z javnostjo – lahko so navedle le podatek, da so zdravstvena ali zobozdravstvena institucija, svoje ime, naslov in telefonsko številko. Sčasoma je ministrstvo za zdravstvo in socialo nekoliko sprostilo omejitve in dovolilo oglaševanje zdravstvenih pregledov in storitev oskrbe pacientov. V veljavi pa je ostala prepoved oglaševanja »kakršnega koli izraza, ki bi imel namero sugerirati superiornost posamezne zdravstvene institucije«.

Namen takih omejitev trženja zdravstvenih institucij je bil onemogočiti tekmovalnost med njimi. Če pa bodo izvedli spremembe v smeri njihove preobrazbe v multizdravstveno industrijo, bodo morali sprostiti tudi trženjske omejitve, vsaj toliko, da bodo lahko zdravstvene institucije javnosti sporočile privlačne podrobnosti storitev, ki jih ponujajo, ali posebnosti svojega sloga upravljanja.

Poglejmo nekaj področij, glede katerih predlagajo večje spremembe:

1. *Oskrba s hrano in standardnimi obroki.* Notranja oskrba s hrano pomeni pripravo obrokov v bolnišnični kuhinji, zunanja pa pripravo hrane zunaj bolnišnice in nato dovoz. Zunanja oskrba se je sicer že uveljavila na Japonskem, vendar v premajhni meri, da bi lahko zadostno izkoristil prednosti ekonomije obsega in da bi lahko omogočil bolnikom dostavo hrane na dom, potem ko zapustijo bolnišnico. Moral bi se razvijati v smeri, ki bi zajela tudi dostavo hrane na dom starejšim osebam, zlasti tistim, ki živijo sami. Treba bi bilo razviti okvir, kjer bi se ustrezno srečevale potrebe uporabnikov, bolnišnic, institucij, ki izvajajo nego na domu, in tudi podjetij za oskrbo. Ocenjujejo, da je bil leta 1996 trg za nego na domu vreden okoli 10 milijard jenov, samo preskrba hrane za hospitalizirane paciente pa 100 milijard jenov. S porastom zunanje oskrbe naj bi se vrednost povečala na 500 milijard jenov, če pa bi zajela tudi dostavo bolnikom na domu, bi lahko dosegla tudi bilijon jenov. Leta 1996 je bil dohodek iz naslova preskrbe storitev sterilizacije

medicinske opreme in administrativnih del vreden nadaljnjih 300 milijard jenov, upravljanje bolnišnic in storitve informacijske tehnologije pa še 200 milijard. Brez dvoma je šlo za področje, kjer so se že sredi devetdesetih let obračale velike vsote, s predvideno hitro širitvijo trgov zaradi staranja japonskega prebivalstva pa bi se vsote bistveno povečale, kar bi lahko tudi z narodnogospodarskega vidika pomenilo pomembno spodbudo japonskemu gospodarstvu, obenem pa mu ponudilo velike možnosti izvoza novih izdelkov in storitev. Predvideva se, da bo leta 2025 na Japonskem in v azijskih državah kar okoli 500 milijonov ljudi starejših od 65 let (Economics Department 1996: 42 - 44).

2. *Večji dostop do zdravstvenih podatkov.* Opozorili smo že na posebnost zdravstvenega področja glede velikega prepada med znanjem in informacijami, ki jih imajo ponudniki storitev na eni strani in uporabniki na drugi. Čeprav je to posledica posebnih znanj, ki jih ima zdravstveno osebje, in gre tudi za varovanje osebnih podatkov bolnikov, bi uporabniki vseeno morali imeti možnost dostopa do svojih zdravstvenih informacij v njim karseda razumljivi obliki. Končno je zdravje posameznika predvsem njegova lastna stvar, ne pa domena zdravnikov, ki na bolnike tako gledajo kot na »industrijski izdelek«, čeprav jim to zakonodaja v neki meri prepoveduje.

Šele ko bodo uporabniki (bolniki) imeli več informacij o svojem zdravju, se bodo lahko odločali med ponujenimi zdravstvenimi storitvami. Lahko bodo bolj samostojno ocenjevali stroške in koristi posameznih storitev, kar bo vplivalo tudi na njihovo ceno in kakovost. Zdravstvene institucije bi se tako začele razlikovati v menedžmentu, predvsem glede njihove prilagodljivosti povpraševanju. Zdravniki bi sicer izgubili del »absolutne oblasti« nad bolniki, ki jim jo ohranja njihov monopol in zapleteno izrazje glede zdravstvenih informacij – kar je morda tudi pomemben razlog za ohranjanje informacijske zaprtosti zdravstva.

Treba bi bilo razviti ustrezen informacijski pretok bolnikove osebne zdravstvene kartoteke med bolnišnicami in drugimi zdravstvenimi institucijami, kar bi izločilo potrebo po ponavljanju različnih pregledov in preiskav.

3. *Sprememba predpisov glede distribucije zdravil.* 25. člen zakona o zdravstvenem poslovanju določa, da mora vsaka lekarna ali splošna trgovina na drobno, ki želi prodajati zdravila, ne samo pridobiti ustrezno dovoljenje od prefekture, temveč tudi imeti zaposlenega farmacevta. S tem se resda zagotavlja ustrezno vodenje in higienski standardi, po drugi strani pa to onemogoča tako imenovanim »udobnim trgovinicam« (založenim z vsem in ničimer, odprtim 24 ur in postavljenim »na vsakem vogalu«) prodajati že preproste tablete proti glavobolu, trebušnim težavam, vitaminske preparate. Podobne razmere imamo tudi v Sloveniji.

Spet drugi predpisi so omejevali prevzem zdravil in oteževali dostavo na dom starejšim bolnikom – 37. člen zakona o zdravstvenem poslovanju je namreč z določenimi izjemami predpisoval, da mora uporabnik sam priti po zdravilo. To je bilo v očitnem nasprotju s stanjem, ko so vse številnejši starejši bolniki ali bolniki s kroničnimi obolenji potrebovali precejšnje količine intervenoznih tekočin in drugih zdravil, ki jih seveda niso mogli sami nabaviti.

Težko je pravzaprav predvideti nova in nova področja oziroma storitve, ki jih bo prineslo širjenje zdravstvenega trga. Precej jasno so že izražene potrebe po ustreznem prevozu starejših, izposoja zdravstvene opreme. Pomembno je, da bi zato zdravstvene oblasti tako na Japonskem kot v Sloveniji vzpostavile prilagodljiv sistem standardov in dovoljenj, ki ne bi zaviral razvoja novih izdelkov in storitev.

Literatura

Japan 1998. Tokyo: Keizai Koho Center.

PHILLIPS, P., B. FERFILA (1994), *Canadian and Slovene Economies: System Theory and Political Economy Approaches*. Halifax: Fernwood Publishing.

Survey of Lifestyles and Information and Communications (1995), Tokyo: Prime Minister's Office.

ECONOMICS DEPARTMENT (1996), The Stimulus to economic activity of a »private sector renovation«. *Japan Research Quarterly*, 5, 2 (pomlad).