

---

# UVOD

---

# 1

- Načela družinske medicine
- Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji zadnjih 130 let

# NAČELA DRUŽINSKE MEDICINE

---

Igor Švab

## Uvod

V času od izdaje zadnje knjige Splošna medicina – načela in tehnike se je na področju opredelitve splošne in družinske medicine v Sloveniji zgodilo marsikaj. Če je bilo v prejšnji izdaji knjige treba napisati poglavje o opredelitvi splošne medicine zato, da smo določili njeno področje, je treba sedaj dodatno poleg tega predvsem razmejiti še razlike med družinsko in splošno medicino.

V tem poglavju se bomo seznanili z naslednjimi pojmi:

- splošna medicina,
- družinska medicina,
- zdravnik splošne medicine,
- zdravnik družinske medicine,
- značilnosti dela.

## Definicije

Skoraj vsakdo ve, kdo so zdravniki splošne medicine, zato je tudi njena vsebina ljudem dobro znana. Razlago zanjo najdemo tudi v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1). Strokovnjaki, ki so morali opredeliti posamezna področja medicine, pa so prav pri njej naleteli na težavo z opisom. Pojavila so se različna mnenja, ali sploh gre za posebno medicinsko specialnost, saj je ne moremo pojasniti z značilnostmi, ki jih uporabljamo pri drugih vejah: z organskim sistemom, ki ga obravnava (kot npr. v ginekologiji, gastroenterologiji, otorinolaringologiji); s skupino prebivalstva, s katero se ukvarja (npr. pediatrija); z metodami dela, ki jih uporablja (npr. socialna medicina, epidemiologija); ali z aparati, ki se v njej uporabljajo (npr. rentgenologija).

Jedrnato bi splošno medicino opredelili takole (2):

*Splošna medicina je zagotavljanje celovite zdravstvene oskrbe in stalna odgovornost za zdravje, ne glede na bolnikovo starost ali njegovo stanje, ki lahko začasno zahteva specialistove storitve.*

Značilnosti splošne medicine lahko povzamemo tudi z naslednjimi opredelitvami:

- sintetični način reševanja problemov,
- konkretno mišljenje in ravnanje,
- povezovanje telesne, duševne in socialne eksistence,
- aktivni položaj bolnika pri reševanju problemov.

Splošna medicina je veda, ki na celosten način in dolgoročno obravnava z zdravjem povezane težave pri posamezniku, ne glede na spol, starost ali zdravstveni problem.

Medtem ko se je v razvitem delu Evrope uveljavilo poimenovanje *splošna medicina* (zlasti v Veliki Britaniji, na Nizozemskem in v Skandinaviji), se v nekaterih državah pojavlja *družinska medicina*. Izraz so si izmislili Američani in se je hitro uveljavil tudi v nekaterih evropskih državah (npr. Portugalski, Španiji, vseh državah vzhodne Evrope). Njena opredelitev kot stroke se glasi:

*Družinska medicina je medicinska specialnost, ki se ukvarja z načrtovanjem in zagotavljanjem celostnega in trajnega primarnega zdravstvenega varstva za vse člane družine, ne glede na starost in spol.*

Daljšo definicijo je sprejelo tudi ameriško združenje družinskih zdravnikov oktobra 1984 (3):

*Družinska medicina je nadaljevanje zgodovinske tradicije nekdanjih splošnih zdravnikov. Poimenovanje je njihov sedanji izraz za to dejavnost. Edinstveno je opredeljena v družinskem kontekstu.*

*Družinska medicina je celostna zdravstvena oskrba s posebnim poudarkom na družini kot enoti, v kateri se zdravnikova stalna odgovornost za zdravstveno varstvo ne omejuje na bolnikovo starost in spol ali posamezni organ ali bolezen.*

*Družinska medicina je široka specialnost, ki povezuje biomedicinske, psihološke in socialne vede. Osnovno znanje in veščine, ki jih vsebuje družinska medicina, pripravijo družinskega zdravnika za edinstveno vlogo v skrbi za bolnika, ki obsega uporabo znanja in veščin diagnostike in zdravljenja, ter za vlogo osebnega zdravnika, ki zagotavlja in koordinira zdravstveno varstvo.*

## **Zdravnik splošne medicine in družinski zdravnik<sup>1</sup>**

Posledica opredelitve nalog splošne in družinske medicine je narekovala opredelitev dela zdravnika, ki dela v tej stroki. Prva uradna opredelitev dela in nalog zdravnika splošne medicine je rezultat sestankov prve skupine Leeuwenhorst. Ta skupina zdravnikov družinske medicine je leta 1974 opisala, kaj je zdravnik splošne medicine in kaj je zanj značilno (4):

*Zdravnik splošne medicine je diplomirani zdravnik, ki nudi osebno, primarno in stalno zdravstveno varstvo posameznikom, družinam in skupnosti, ne glede na starost, spol ali bolezen. Zanj je značilno prav združevanje naštetih nalog. Bolnike zdravi v ordinaciji, na njihovih domovih in včasih na polikliniki ali v bolnišnici. Njegov cilj je dovolj zgodaj postaviti diagnozo. Pri oceni zdravja in bolezni bo upošteval telesne, duševne in socialne dejavnike, kar se bo pokazalo v zdravstvenem varstvu njegovih bolnikov. On je tisti, ki se o vsakem zdravstvenem problemu, s katerim se sreča, prvi strokovno odloči. Bolnikom s kroničnimi in neozdravljivimi boleznimi nudi stalno oskrbo. Stalni stik z bolniki mu omogoča zbirati podatke na način, ki ustreza vsakemu bolniku. To ustvarja obojestransko zaupanje, ki je strokovno lahko koristno. Zdravi v sodelovanju z zdravstvenimi in drugimi delavci. Ve, kako in kdaj je treba ukrepati, da se bo izboljšalo zdravje njegovih bolnikov in njihovih družin, bodisi z zdravljenjem ali preprečevanjem bolezni in z zdravstveno vzgojo. Zaveda se svoje strokovne odgovornosti do družbe.*

Z opredelitvami so poskusili tudi angleški in ameriški zdravniki splošne medicine. Angleška definicija se glasi (5):

*Zdravnik splošne medicine je zdravnik, ki zagotavlja osebno, primarno in stalno zdravstveno varstvo posameznikom in družinam. Svoje bolnike lahko obravnava doma, v svoji ordinaciji ali včasih v bolnišnici. Sprejema odgovornost za prvo odločitev za vsako težavo, zaradi katere se bolniki oglasio pri njem, in se posvetuje s specialisti, za katere misli, da je potrebno. Navadno dela v skupini z drugimi zdravniki splošne medicine, in sicer v prostorih, ki so posebej zgrajeni ali prirejeni v ta namen, z nemedicinskimi sodelavci in ustreznim administrativnim osebjem ter uporablja vso potrebno opremo. Tudi če deluje sam, je njegovo delo skupinsko. Njegove diagnoze sestavljajo fizikalni, psihološki in sociološki izrazi. Ukrepa vzgojno, preventivno in terapevtsko, da bi izboljšal zdravje svojih bolnikov.*

Ameriška pa se glasi takole(3):

*Družinski zdravnik zagotavlja zdravstveno oskrbo na področju družinske medicine. Njegovo izobraževanje in izkušnje ga pooblaščajo, da deluje na več področjih medicine.*

*Družinski zdravnik je izobražen in naučen razvijati in v praksi uporabljati edinstvena stališča in veščine, ki ga pooblaščajo, da zagotovi stalno, celostno zdravstveno oskrbo in zdravstveno varstvo celotni družini, ne glede na spol, starost ali vrsto problema, najsi je ta biološki, psihološki ali socialni. Ta zdravnik deluje kot pomočnik družine ali bolnika v vseh težavah, ki so povezane z zdravjem; tudi pri svetovanju, kako primerno uporabiti nasvete konzultantov in družbene vire.*

<sup>1</sup> Namenoma se izogibamo izrazu »splošni zdravnik«, ki je pri nas v medicinskem žargonu posebej trdovraten. Izraz »zdravnik splošne medicine« pomeni zdravnika, ki je strokovnjak na določenem strokovnem področju, medtem ko izraz »splošni zdravnik« lahko pomeni zdravnika brez posebnega znanja, t.j. »zdravnika na splošno«. Ravno tako so se v Sloveniji pojavili tudi naslednji izrazi, ki se še občasno uporabljajo: »sektorski zdravnik« ali »rajonski zdravnik«; (izhajata iz časov socializma, ko je imel vsak zdravnik določen sektor, na katerem je delal); »lečeči zdravnik« je srbizem in pleonazem; (skoraj) vsak zdravnik namreč zdravi; »osebni zdravnik« ali »izbrani zdravnik« (je posledica novejšega časa, ko si vsak zavarovanec lahko izbere svojega zdravnika v osnovni zdravstveni dejavnosti).

Pri večini teh izrazov gre za opis organizacijskega odnosa med zdravnikom in bolnikom ali zdravstveno službo, ne pa za opredelitev njegovega dela.

Pri nas je problem definicije zdravnika splošne medicine obravnaval Božidar Voljč, ki je zdravnika splošne medicine opredelil takole (6):

*Zdravnik splošne medicine v okviru svoje stroke obravnava ali dolgoročno vodi slehernega posameznika ali skupine posameznikov z vsemi vrstami zdravstvenih motenj ob upoštevanju in aktivnem sodelovanju celovite osebnosti in slehernega okolja.*

S posebnega stališča se je dela zdravnika splošne medicine lotil Charles Boelen. Namesto da bi opredeljeval zdravnikove naloge, se je osredotočil na zahteve, ki bi jim moral biti kos bodoči zdravnik. Njegova opredelitev je bila pozneje označena kot »zdravnik s petimi zvezdicami«. Novi zdravnik naj bi imel naslednje značilnosti (7):

- odgovarjati bi moral za celotne bolnikove zdravstvene potrebe,
- uporabljati bi moral sodobno tehnologijo,
- uveljavljati bi moral zdrav način življenja,
- najti bi moral ravnovesje med posameznikovimi zahtevami in možnostmi družbe,
- učinkovito bi moral delati v skupini.

Opredelitev o delu zdravnika splošne in družinske medicine je še nepregledna množica, saj je svojo definicijo izdelalo skoraj vsako združenje te stroke.

## Skupna načela

Razlika med splošno in družinsko medicino je, da družinska medicina za osnovno enoto zdravnikovega delovanja postavlja družino. Zato bolj poudarja tehnike obravnave vse družine oz. družinsko obravnavo pri zdravljenju bolezni (družinsko terapijo, svetovanje v različnih družinskih razvojnih fazah). Na temelju teh izhodišč je družinska medicina nadgradnja splošne medicine, ker poleg njenih načel poudarja družinsko metodo. Splošna medicina jemlje za enoto svojega delovanja posameznika in razume družino le kot enega izmed dejavnikov družbenega okolja. Seveda je jasno, da gre za stroki, ki si delita ista načela.

Načela o družinski in splošni medicini, o delu družinskega zdravnika ter zdravnika splošne medicine najbolje povzema ustanovna listina o družinski medicini (8). Trdi, da družinska medicina lahko uspeva v različnih sistemih zdravstvenega varstva, zanj pa so značilne naslednje vsebine:

### Splošnost

Zdravstveno varstvo v družinski medicini ni omejeno le na posamezne kategorije ljudi, ampak je namenjeno vsakomur, ne glede na spol, starost, socialni položaj, raso ali veroizpoved. Splošno je tudi zato, ker se ukvarja prav z vsako težavo ali zdravstvenim problemom.

### Dostopnost

Do družinskega zdravnika je možno priti zelo hitro. Dostopnost mora biti tako geografska kot kulturna in nanjo ne smejo vplivati finančne razmere.

### Integriranost

Družinska medicina združuje zdravljenje, rehabilitacijo, preprečevanje in promocijo zdravja.

### Stalnost

Družinska medicina ni omejena na določeno fazo bolezni, ampak se ukvarja s posameznikovim zdravjem neprekinjeno vse njegovo življenje.

### Skupinsko delo

Družinski zdravnik je del dobro usklajene delovne skupine strokovnjakov različnih strok.

**Celostnost**

Zdravstvene probleme posameznika, družine ali skupnosti obravnava družinski zdravnik s telesne, duševne in družbene plati.

**Osebni odnos**

Družinska medicina je usmerjena predvsem v bolnika in ne v bolezen. Njena osnova je osebni odnos med bolnikom in zdravnikom.

**Družinska usmerjenost**

Družinski zdravnik večino problemov obravnava v sklopu družine in okolja.

**Usmerjenost v skupnost**

Bolnikove težave je treba obravnavati v luči njegovega življenja v skupnosti. Družinski zdravnik se zaveda zdravstvenih potreb skupnosti in sodeluje z drugimi strokovnjaki in organizacijami ter s skupinami za samopomoč.

**Usklajenost**

Čeprav lahko večino problemov, s katerimi bolniki prihajajo v ambulantno, reši družinski zdravnik sam, se mora včasih odločiti o napotitvi k specialistu. S to odločitvijo mora seznaniti bolnika. Družinski zdravnik mora poznati razpoložljive možnosti, jih znati čim boljše uporabljati in biti usklajevalec ter svetovalec bolniku.

**Zaupnost**

Ljudje morajo popolnoma zaupati svojemu družinskemu zdravniku in vedeti, da varuje zaupnost vseh informacij o njih.

**Svetovanje**

Družinski zdravnik naj bi bil vselej bolnikov svetovalec za zdravstvena vprašanja.

**Sklep**

Družinska medicina se je v Sloveniji pojavila ob koncu dvajsetega stoletja kot nov izziv osnovni zdravstveni dejavnosti. V Sloveniji je njen razvoj potekal skoraj sočasno kot v drugih evropskih državah. Njena zasnova se ni porodila zato, da bi nasilno obdržala domnevno izumirajočega splošnega zdravnika, ampak zato ker ponuja nov miselni način obravnave bolezni. Nova podoba družinskega zdravnika je nastala kot odgovor na razvijajočo se tehnologijo v drugi polovici dvajsetega stoletja in skladno dopolnjuje tehnološki razvoj medicinske znanosti. Medicini namreč vrača nekaj pomembnih značilnosti, ki so v razvoju ostale ob strani. Sredi življenja je sposoben nuditi posamično, odmerjeno, ciljano in potrebi ustrezno medicinsko ukrepanje.

**Literatura:**

1. Slovar slovenskega knjižnega jezika II. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1985:720.
2. Dorland's medical dictionary. Philadelphia: Saunders, 1974: 1–1748.
3. AAFP Reprint No. 303. American Academy of Family Physicians, 1984.
4. Leeuwenhorst group. The general practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the second European conference on the teaching in general practice. Leeuwenhorst: 1974, 1–8.
5. Horder J, Byrne P, Freeling P, Harris C, Irvine D, Marinker M, eds. The future general practitioner. London: Royal College of General Practitioners, 1989: 1.
6. Voljč B. Zakaj splošna medicina? In litterico, 1986.
7. Boelen C. Medical education reform: the need for global action. Academic Med, 1992; 67: 745–9.
8. Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine. Copenhagen: WHO, 1998.

# RAZVOJ OSNOVNEGA ZDRAVSTVA V SLOVENIJI ZADNJIH 130 LET

---

*France Urlep*

## Uvod

S spremembo družbene ureditve v Sloveniji po letu 1990 so se začele spreminjati razmere najprej v gospodarstvu, medtem ko so v šolstvu, zdravstvu, sodstvu in javni upravi ostale sprva nespremenjene ali pa so jih uvajali le deloma in postopoma. V zdravstvu so se začele po sprejetju nove zdravstvene zakonodaje leta 1992 in potekajo previdno ter sorazmerno počasi.

Da bi lahko presojali današnje razmere in predvideli prihodnji razvoj, moramo ovrednotiti doslej prehojeno pot. Ob mnogih spisih, knjigah in monografijah, ki podrobno obravnavajo pretekla obdobja, je sestavek seveda fragmentaren. V prispevku so uporabljeni navedeni viri. Čas po letu 1960 še ni sistematično obdelani. Pisanje temelji na izkušnjah in spoznanjih prve povojne generacije zdravnikov, o katerih so se oblikovale tudi nekatere misli o tem, kakšno naj bi bilo osnovno zdravstvo v prihodnje. Netočna izhodišča bi seveda lahko privedla do napačnih predvidevanj. Študentom in mladim družinskim zdravnikom naj bi bil ta zapis pričevanje sodobnikov o polpretekli dobi.

## Zdravstvo v avstro-ogrski monarhiji konec 19. stoletja

Pregled razvoja slovenskega javnega zdravstva začinjamo z Zakonom (Postavi) o uredbi javne zdravstvene službe v avstro-ogrski monarhiji iz leta 1870. Nekatera določila tega zakona so se obdržala v Jugoslaviji vse do druge svetovne vojne. Javno zdravstvo v Avstriji še danes temelji na izhodiščih tega 130 let starega zakona. Desetletja so ga le prav obzirno spreminjali in dopolnjevali.

Osnovno zdravstveno službo so izvajali zasebni zdravniki v svojih ordinacijah, vodili pa po enotnih načelih v vsej državi.

Vsaka od 17 dežel tedanje avstro-ogrške monarhije, na Slovenskem so bile Kranjska, Štajerska in Primorska, so imele svoje deželne vlade in v njih zdravstvene oddelke. Ti so vodili javno zdravstveno službo. Na čelu oddelka je bil zdravstveni referent – po položaju vladni svetnik, ki je vodil oddelek skupaj z deželnim zdravnikom in dvema državnima uradnikoma, od katerih je bil eden tudi zdravnik. Kot posvetovalni in strokovno ocenjevalni organ je stal zdravstvenemu referentu ob strani deželni zdravstveni svet. To je bil strokovni organ, ki je poleg deželnega zdravstvenega referenta štel še šest članov (1).

Ker so bile dežele razdeljene na okraje, je imel vsak svojega okrajnega zdravnika. Na podlagi zakona, s katerim so uravnavali zdravstveno službo v občinah (1888), je bila ta organizirana v okrožjih, ki so združevala zdravstveno službo za več, včasih tudi 30 občin. Mesto Ljubljana je imelo lastne sanitetne organe: mestnega fizika, policijskega zdravnika, ki je bil tudi mrliški oglednik, zdravnika za revne, dva živinozdravnika in dve babici (2).

Okrožne zdravnike je imenovala deželna vlada. Bili so državni uradniki, imeli so ugoden socialni položaj in pravico do pokojnine. Imeli so 600 do 800 goldinarjev letne plače, ki se je vsakih 5 let poviševala za 50 goldinarjev. Samo izjemoma so bili lahko vodje distriktov tudi padarji z letno plačo 400 goldinarjev.

Zdravniki so bili hkrati sanitarni, večkrat tudi veterinarski inšpektorji z dokaj širokimi pooblastili. Bili so strokovni nadzorniki nad zasebnimi zdravniki v občinah in nad lekarnami. Opravljali so izvedenska sodnomedicinska opravila. Zdravniki v

distriktih so bili podrejeni okrajnim odborom, okrajni zdravniki pa deželnemu odboru.

Predpisana opravila za občinske zdravnike so se večkrat menjavala in dopolnjevala. Brezplačno so morali zdraviti prebivalce, ki so imeli ubožni list. Opravljali so epidemiološke raziskave in izvajali zaščitne ukrepe ob epidemijah, skladno z določili za posamezne bolezni. Paziti so morali na zdravje dojenčkov, otrok in šolarjev. Morali so imeti posvetovanja z doječimi materami. Strogo so morali nadzorovati delo babic in mrliških oglednikov ter se ukvarjati z zdravstveno vzgojo. Mesečno so morali poročati o svojem delu okrajnemu odboru, letno poročilo o delu pa predložiti do 15. januarja. V občinah so bili izvoljeni zdravstveni odbori, katerim so morali zdravniki nekajkrat na leto poročati o svojem delu (3).

Zdravnikom so nalagali toliko dela, da ga ob nenehnem razvoju medicinske znanosti niso zmogli. Ob uvajanju vedno bolj ohlapne nadzorne službe ter vse večji lažnosti in brezbriznosti predpisov niso skoraj nikjer izvajali odgovorno in v celoti.

## Razmere na Kranjskem

Na Kranjskem (današnja Gorenjska, Kranjska, Notranjska in Dolenjska) je živel v 80. letih 19. stoletja 466.527 Slovencev, 28.033 Nemcev in 1231 prebivalcev drugih narodnosti. Polovica ljudi ni bila pismena. Na 1000 prebivalcev se je letno rodilo 35 otrok, umrlo pa je 30 ljudi. V določenem smislu lahko razmere na Kranjskem posplošimo na vse slovensko ozemlje.

Vzroki smrti so si sledili po naslednjem vrstnem redu: tuberkuloza, starostna oslabelost, vnetja dihal, koze, davica, škrlatinka. V zadnjem desetletju 19. stoletja je bilo na 100.000 prebivalcev povprečno 35,8 nezgode, 6,8 samomora (najmanj v Avstriji) in 6,7 uboja na leto.

Umrljivost dojenčkov se je v letih 1881–1890 povečala od 18 na 21 % in je zasedala tretje oziroma četrto mesto med deželami v Avstro-ogrski (4).

V desetletju 1880–1890 je na tem območju razsajalo 340 epidemij, v katerih je umrlo 4505 ljudi ali 17,6 % prebivalstva. Leta 1890 je delalo na Kranjskem 50 zdravnikov, 27 ranocelnikov in 358 babic (6).

Polovica vseh zdravnikov je bila v Ljubljani. Na 10.000 prebivalcev je deloval en sam zdravnik (v Ljubljani na 1000, v preostalih delih na 16.000 prebivalcev). Razmere so se po dograditvi nove bolnišnice v Ljubljani leta 1895 sicer izboljšale, na podeželju pa so ostale do prve svetovne vojne skoraj nespremenjene. V prvih letih po prvi svetovni vojni se razmere niso bistveno razlikovale o predvojnih (6).

Leta 1861 so v Ljubljani ustanovili Društvo zdravnikov na Kranjskem, leta 1893 pa Zdravniško zbornico na Kranjskem.

## Zdravstvo v Jugoslaviji v letih 1918–1941

V novi državi Srbov, Hrvatov in Slovencev je bila na zahtevo Zdravniškega društva leta 1919 ustanovljena medicinska fakulteta v Ljubljani, ki pa je imela vse do začetka druge svetovne vojne le štiri semestre (6). Študij je večina medicincev nadaljevala v Zagrebu. Zdravniki v Sloveniji so bili v glavnem brez specializacij. Delali so v zasebnih ordinacijah. Cehovska povezanost je bila izredno močna. Zdravniška zbornica za Slovenijo (pozneje za Dravsko banovino) je bila ustanovljena leta 1924 in je urejevala večino strokovnih in stanovskih zadev, sprva za približno 400, leta 1940 pa že za 624 svojih članov (7).

Šele s prihodom mlajših zdravnikov in potem, ko je bil leta 1923 v Ljubljani ustanovljen Higijenski zavod, so se počasi, a vztrajno uveljavljala socialno-zdravstvena načela v delu zdravstvene službe. Socialno-zdravstveno delo so opravljali večinoma zanj zavzeti zdravniki skupaj z zainteresiranimi prebivalci. Tak razvoj zdravstva

se je do začetka druge svetovne vojne neprestano krepil in postal nazorska usmeritev velikega števila levo in desno opredeljenih, zlasti mlajših zdravnikov in študentov (9).

Slovenski medicinci so v Zagrebu prišli v stik s takratnimi »revolucionarnimi« zamilimi o socializirani medicini, ki jih je razvijal dr. Andrija Štampar (1888–1958).

Rodil se je v mali krajiški vasi Drenovec, v učiteljski družini. Medicino je študiral na Dunaju, kjer je promoviral leta 1911. Služboval je v Karlovcu in Novi Gradiški. Po ustanovitvi Jugoslavije je postal podpredsednik Zbora zdravnikov Hrvaške in nato načelnik oddelka za higieno pri Ministrstvu zdravstva v Beogradu. Svojo ideologijo o vlogi zdravstva v državi je izoblikoval v glavnem do leta 1924. Na tak razvoj so imela velik vpliv socialna gibanja v Evropi med letoma 1917 in 1934 (oktobrska revolucija, fašizem v Italiji, nacionalsocializem v Nemčiji) (10).

### **Štampar je trdil:**

- *Ozaveščenost ljudstva je pomembnejša od zakonov.*
- *V družbeni skupnosti je najbolj potrebno pripravljanje terena in pravilno razumevanje zdravstvenih vprašanj. Nacionalno zdravje in njegovo utrjevanje ni monopol zdravnikov. Z njim se morajo ukvarjati vsi.*
- *Zdravnik mora biti socialni delavec.*
- *Z individualnim zdravljenjem je mogoče veliko doseči, vendar lahko le do pravih uspehov pride socialna terapija.*
- *Zdravnik ne sme biti ekonomsko odvisen od bolnikov, ker ga to ovira pri reševanju bistvenih nalog.*
- *Pri izvajanju zdravstvenega varstva se ne sme čutiti razlike med revnimi in bogatimi.*
- *Zdravnik je ljudski učitelj.*
- *Zdravstvo je treba organizirati tako, da bo zdravnik iskal bolnika, in ne nasprotno.*
- *Zdravstveno varstvo je ekonomska in ne humanitarna dejavnost.*
- *Zdravnikova delovna področja so kraji, kjer ljudje žive, ne pa laboratoriji in ordinacije.*

Razumljivo je, da so taka pojmovanja naletela na odpor. Očitali so mu, da njegova prizadevanja povzročajo zdravnikom veliko materialno škodo. Trdili so, da državna zdravstvena služba, ki so jo uvajali prek nove higienske organizacije, s stališča zdravstvenega varstva prebivalstva ni ustrezna, ker duši zdravniško neodvisnost in svobodno konkurenco. V prvi vrsti sta proti Štamparju nastopila Zdravniška zbornica in Zdravniško društvo, iz katerega je Štampar izstopil.

Nerazpoloženje do uvajanja socialno-zdravstvenih načel v zdravstveno službo so izkazali tudi v Sloveniji. O Štamparjevih načelih je veljal slogan: »Štamparija – šlamparija«. Tako je Ljubljana zavrnila ponudbo Rockefellerjevega sklada, da bi v Sloveniji zgradili socialno-zdravstveni in prosvetni zavod, ki bi širil zdravstveno kulturo med prebivalstvom na temelju takratnih načel o javnem zdravstvu. Načrt so nato udejanili v Zagrebu s Šolo narodnega zdravja.

Štampar se je leta 1931 sprl s kraljem Aleksandrom Karadžordževićem, ker je zavrnil ponudbo, da bi postal notranji minister. Bil je upokojen. Do leta 1933 je bil nato stalni svetnik pri Društvu narodov v Ženevi. Prepotoval je večino evropskih držav, kjer je predaval. Deloval je kot zdravstveni svetnik na Kitajskem, bival v Rusiji in predaval na Harvardu ter drugih univerzah v ZDA. Leta 1938 je bil profesor na Kalifornijski univerzi. Po ustanovitvi Neodvisne države Hrvaške, ob razpadu Jugoslavije, so ga internirali v Nemčiji. Po koncu vojne je postal rektor zagrebške univerze in član pripravljalnega odbora za ustanovitev Svetovne zdravstvene organizacije. V ustanovno listino te organizacije so bila sprejeta mnoga temeljna načela, za katera se je zavzemal Štampar, med drugim tudi opredelitev o tem, kaj je zdravje. Po vojni je postal član mnogih akademij znanosti in umetnosti. Kot izvedenec Svetovne zdravstvene organizacije je znova



veliko potoval. Oblastniki doma pa so ga spet vse manj cenili. Umrl je leta 1958 (10)

Mnoga njegova načela so se vkoreninila tako med zdravniki kot med prebivalstvom in tako botrovala graditvi povojne zdravstvene službe v Jugoslaviji. Mnoge njegove trditve so poslale del človeške zdravstvene zavesti in so vzdane v temelje Svetovne zdravstvene organizacije. V Jugoslaviji pa so postale tisti svojski element, ki zaznamuje zdravstveno službo še danes, saj je drugačna od razvoja zdravstva v drugih delih Evrope.

Politične in gospodarske razmere v centralistično urejani »stari« Jugoslaviji so bile zaradi gospodarske krize take, da niso omogočale radikalne reorganizacije zdravstva, toda in prvi uspehi so zlasti mlade zdravnike podžigali k vse večji zavzetosti. Tako je med letoma 1925 in 1930 v Jugoslaviji nastalo nad 250 državnih zdravstvenih ustanov (higienski zavodi, zdravstveni domovi, poliklinike in dispanzerji) (10).

Higienski zavod v Ljubljani je bil ustanovljen leta 1923. Delovanje in razcvet je povezan z imeni mlajših zdravnikov: Bojana in Iva Pirca, Bogoljuba Dragaša, Vladimirja Guzelja, Mirka Lindtnerja, Draga Vidmarja, Valentina Varla, Jožeta Pečana, Leopolda Puharja, Malke Šimenc, Slave Lunaček in Milice Valentinčič. V tem času so v Sloveniji organizirali 17 dispanzerjev za matere z otroki, 15 šolskih poliklinik in 12 protituberkuloznih dispanzerjev (9).

Prvi zdravstveni dom v Sloveniji, ki je deloval po načelih socializirane medicine, je bil sezidan v vasi Lukovica v kamniškem okraju. Da je bil zgrajen ravno tam, je pripomogel tamkajšnji ugledni sodnik Kersnik, sin pisatelja Janka Kersnika. Otvoritev je bila leta 1926. Po načrtu so v kraju izboljšali higienske razmere, dom pa je služil tudi kot vzor za oblikovanje podobnih v drugih krajih. Prvi zdravnik v tem domu je bil dr. Albert Trtnik. Statistični kazalci so po desetih letih delovanja pokazali veliko izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalcev. Zdravstveni dom je imel splošni ambulatorij, dispanzer za matere in dojenčke, šolsko polikliniko, protituberkulozni dispanzer in ljudsko kopališče. Letno so opravili 3500 do 6000 zdravstvenih storitev.

V naslednjih letih so postavili zdravstvene domove še v Medvodah, Tržiču, Šentvidu nad Ljubljano, Cerkljah ob Krki, Rogatcu in na Rakeku. Tik pred vojno so izdelali načrt za postopno preobrazbo osnovnega zdravstva v Sloveniji do leta 1960, ki je bil tudi finančno ovrednoten (9).

Štamparja štejemo za očeta socialno-medicinske miselnosti tudi v Sloveniji. Toda v razvoju zdravstvenih domov ni nikjer predvideval, da bi bile to državne ustanove, v katerih bi delali zaposleni zdravniki z državnimi plačami in obsežno administracijo. Nikoli ni predvideval, da bi v zdravstvenih domovih delali specialisti kliničnih strok. Želel je le, da bi bili strokovno dobro podkovani zasebni zdravniki zavzeti tudi za preventivne zdravstvene dejavnosti in bili pri svojem delu tesno povezani s prebivalstvom ter obenem pozorni na zdravje vsega prebivalstva na območju opravljanja svoje prakse.

## Zdravstvo v Sloveniji med drugo svetovno vojno

Druga svetovna vojna je prekinila razvoj. Slovenija, razdeljena med tri okupatorske države, je doživljala različno usodo. Razmere so se v v okupiranih predelih in novih razmerah spremenile. Iz pokrajin, ki so jih zasedli Nemci, je bilo veliko zdravnikov pregnanih in interniranih. V predelih pod italijansko okupacijo se je začel oborožen odpor. V bolnišnicah so na skrivaj zbirali sanitetni material in ga pošiljali partizanom.

Odpor proti okupatorju je v svoje vrste pritegnil veliko zdravnikov in medicincev. O partizanskem zdravstvu pišeta prim. Valenti in prim. Pavla Jerina Lah, ki navajata, da je v odporniškem gibanju sodelovalo 225 zdravnikov in medicincev. Padlo je 20 zdravnikov in 38 medicincev, 25 zdravnikov in 19 medicincev pa je umrlo v koncentracijskih taboriščih ali so bili ustreljeni kot talci. Pomembnejši partizanski zdravni-

ki so bili Božidar Lavrič, Pavel Lunaček, Bogdan Brecelj, France Novak, Andrej Župančič, Božena Ravnihar, Franc Derganc in Rudolf Obračunč. Zgodovina partizanskega zdravstva v skrivnih bolnišnicah in v enotah je natančno opisana v mnogih spisih. V partizanskih zdravstvenih krogih se je izoblikovalo tudi jedro poznejših vodilnih zdravstvenih delavcev, tam je zorela zamisel o povojnih razmerah v zdravstvu, ki so jih začeli sistematično izvajati po osvoboditvi.

Zdravniki na terenu, kolikor jih je tam med vojno še ostalo, so bili preobremenjeni z delom in jim je manjkalo vsega. Veliko jih je izgubilo življenje zaradi represivnih ukrepov, ker so pomagali eni ali drugi vojskujoči se strani.

## **Zdravstvo v Sloveniji v letih 1945–1995**

Po končani vojni je primanjkovalo zdravnikov, prostorov in sredstev za razvoj zdravstvene službe. Povojni razvoj zdravstva v Sloveniji so doslej mnogi avtorji precej različno delili na posamezna obdobja (10, 11). Primerna se zdi delitev nekako na sedem obdobj. Novo, osmo obdobje se začne z letom 1992, ko je bila v samostojni Sloveniji sprejeta nova zdravstvena zakonodaja. Zadnjih petdeset let se je število zdravnikov podeseterilo, zdravstvo v Sloveniji pa je doživelo neverjetno presenetljiv vzpon.

### **1. obdobje: 1945–1949**

Po končani drugi svetovni vojni je v Sloveniji delovalo nekaj več kot 500 zdravnikov. Razen padlih in umrlih med vojno jih je po osvoboditvi nekaj odšlo v emigracijo. Delo v bolnišnicah so prevzeli partizanski zdravniki, ki so izvedli mnoge notranje reorganizacije. Redovnice so morale zapustiti bolnišnice. Ministrstvo za zdravstvo je operativno vodilo celotno zdravstvo. Razmeščalo in premeščalo je zdravnike in drugo zdravstveno osebje. Pri Ministrstvu za ljudsko zdravstvo je delovala posebna skupina arhitektov, ki so po smernicah ministrstva v okviru takratne zdravstvene politike izdelovali in potrjevali projekte zdravstvenih ustanov (13).

Na terenu je delovala zelo redka mreža zasebnih zdravnikov splošne prakse. Delo zdravstvenega varstva so financirali proračunsko iz skladov podržavljenega socialnega zavarovanja. Delo ni bilo niti vodeno niti usklajevano. Držali so se še nekaterih temeljnih izhodišč starega avstrijskega sanitetnega zakona iz leta 1870. Za ta čas je bil značilen učinkovit boj proti tuberkulozi, ki je bila zaradi slabih socialnih razmer v primerjavi z obdobjem pred vojno izredno razširjena. Za to delo so se zdravniki usposabljali v posebnih tečajih na Golniku (14). Zdravniško zbornico leta 1946 so razpustili.

### **2. obdobje: 1950–1955**

Zasebno zdravstveno dejavnost so ukinili. Glavni cilj tega obdobja je bilo oblikovanje mreže zdravstvenih ustanov. Po okrajih so nastajali zdravstveni domovi, v oddaljenejših krajih pa so odprli sektorske ambulante. Iz popolne medicinske fakultete so začeli prihajati prvi doma izšolani zdravniki. Zdravstvo je prešlo iz državnega proračunskega sistema financiranja v lokalni upravni sistem. Strokovno vodstvo in nadzor dela na terenu so izvajali okrajni zdravniki. Začeli smo zidati prve zdravstvene domove. Značilno za to obdobje je nadaljnje zmanjševanje števila tuberkuloznih bolnikov, bistveno znižanje umrljivosti dojenčkov, izboljšano varstvo nosečnic, zmanjšanje števila splavov in začetek uvajanja kontracepcije.

### **3. obdobje: 1956–1960**

Ustanavljanje zdravstvenih domov in zdravstvenih postaj se je v tem obdobju nadaljevalo. Na terenje prihajalo vedno več mladih zdravnikov, čeprav je še vedno zelo primanjkovalo šolanih kadrov. Financiranje zdravstva je prešlo na okrajne za-

vode za socialno zavarovanje. Za strokovno vodenje smo oblikovali občinske, okrajne in republiške zdravstvene centre. Zdravstveni sistem smo poskušali v celoti prilagoditi predvojnim zamislim dr. Štamparja.

V delo zdravstvenih domov smo uvedli patronažno službo in začeli posvečati pozornost zdravstveni vzgoji in izboljšanju higienskih razmer. V zdravstvenih domovih smo začeli urejati priložne laboratorije, v domovih pa uvajati »intimne ordinacije«, kjer je bil zdravnik sam z bolnikom. Vodja delovne skupine v zdravstvenem domu je bil zdravnik splošne medicine; v skupini sta bili še bolničarka in patronažna sestra ali babica. V večjih zdravstvenih domovih je delalo več delovnih skupin. Vsaka je skrbela za 5.000 do 10.000 prebivalcev. V tem obdobju se je začelo samoupravljanje v zdravstvu. Za vse zdravstvene domove in zdravstvene postaje smo ustanovili upravne odbore.

#### **4. obdobje: 1961–1967**

Ustanavljali smo občinske zdravstvene domove, ki so jih vodili direktorji zdravniki. V sklopu zdravstvenih domov so delovale tudi dislocirane zdravstvene postaje. Financiranje je potekalo prek okrajnih zavodov za socialno zavarovanje. Stopnja zdravstvenega zavarovanja kmetov je bila manjša od delavskega. Zdravstvu so bile dane teoretične možnosti, da se odloči za tri možne oblike plačila: odkup celotnega programa za določeno obdobje, plačevanje po opravljenih storitvah ali po kalkulativnih stroških. V bistvu pa so bile vse tri oblike enake; plačevanje je bilo po pavšalu.

Uprave zdravstvenih domov so bile skromne in podrejene zdravstvenim potrebam. Zdravstvena statistika je bila vodena dislocirano. V resnici sta bili preventivna in kurativna medicina enotni. Zdravstvo se je kadrovsko krepilo. Začeli smo zidati nove in vedno večje zdravstvene domove, zasnovane na sodobnih prostorskih spoznanjih. Povečanemu številu prebivalstva so se širile pravice iz zdravstvenega zavarovanja. V središču dogajanja je ostajal zdravnik s svojo delovno skupino.

#### **5. obdobje: 1968–1975**

V tem obdobju smo ustanavljali regionalne zdravstvene domove, ki so imeli temeljne organizacije združenega dela po občinah. Okrajni zavodi za socialno zavarovanje so se preimenovali v regionalne zdravstvene skupnosti. Pokojninsko zavarovanje smo izločili iz tega sklopa. Sistem financiranja je ostal enak. Strokovno vodenje ni bilo urejeno. V zdravstvo je prihajalo vse več politologov, ekonomistov, pravnikov in predvsem administrativnih delavcev. Cilj je bil poenotiti razmere v regijah in predvsem dvigniti raven zaostalim. V tem obdobju so na vseh družbenopolitičnih ravneh govorili o prednostih, ki naj bi jih moralo biti deležno osnovno zdravstveno varstvo, sočasno pa smo začeli intenzivno graditi velike bolnišnične ustanove in pospešeno izobraževati klinične specialiste.

#### **6. obdobje: 1976–1981**

V tem času smo oblikovali regionalne zdravstvene centre, ki naj bi zaokrožili graditev zdravstvenega sistema. Zdravstveni centri so postali enotne, velike, socialistične samoupravne zdravstvene delovne organizacije z mnogimi temeljnimi organizacijami, razdeljenimi po teritorialni ali strokovni pripadnosti. Močno poudarjen je bil razvoj dispanzerjev za veliko specialističnih dejavnosti in posameznih skupin prebivalstva. Mnoge zdravstvene ustanove so podvojile in potrojile število zaposlenih. Oblikovali smo občinske zdravstvene skupnosti, zbere izvajalcev in zbere uporabnikov, ki naj bi se medsebojno dogovarjali tako o finančnih kot o strokovnih zadevah. V vsa novooblikovana upravna in samoupravna telesa se je vključevalo vse več nemedicinskega upravnega osebja s trditvijo, da je zdravstvo preveč pomembna dejavnost, da bi jo lahko prepustili zdravstvenim delavcem. Začeli smo pisati številne samoupravne akte.

Samoupravljanje v zdravstvu se je spremenilo v prevlado političnega in razrednega nad strokovnim. Sistematično »družbeno« nadzorstvo nad intelektualci je obvladovalo tudi zdravstvo. Strokovno vodenje so navidez urejali strokovni sveti, ki pa niso imeli nobenih pristojnosti. Mnogi sposobni zdravniki so bili odstranjeni z vodilnih mest z utemeljitvijo, da so elitisti. Strokovna društva so bila razvrednotena in odri-njena. Zdravniki so pogosto postajali skrušeni, brezvoljni, ravnodušni in nemotivirani. Mnogi so odšli v tujino.

## **7. obdobje: 1982–1991**

Vsa našeta dejstva iz prejšnjega obdobja so se v 80. letih še stopnjevala. V zdravstvenih delovnih organizacijah je sprva prihajalo do negotovanja, pozneje pa do glasnih protestov in stavk. Z delom so začele velike bolnišnične ustanove, za katere je zmanjkovalo denarja. Investicije so potekale le s pomočjo samoprispevkov, za katere so se izrekli na referendumih. Oblast v zdravstvu so tedanje politične strukture držale trdno v rokah. Kriza sistema pa se je napovedovala že od leta 1985 dalje, vendar so takrat najavljali prehod iz latentne v manifestno krizo šele konec desetletja (14).

Osebni dohodki so se objektivno zniževali, vse večje inflacijske stroške je bilo mogoče pokrivati le še s tiskanjem denarja. Pojavljati so začele zahteve za takimi razmerami v zdravstvu, kot vladajo v razvitih deželah: zahteve po demokratizaciji, zmanjševanju administracije, privatni praksi zdravnikov, ustanovitvi Zdravniške zbornice, samostojnih sindikatih in oblikovanju strokovnega medicinskega vrha. V javnih občilih pa so se ves čas vrstili napadi na zdravstvene delavce in na celotno zdravstvo. Prebivalci so se začeli bati za svoje pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

## **8. obdobje: po letu 1992**

Sprejetje Zakona o zdravstveni dejavnosti je postavilo temelje za preoblikovanje sistema zdravstvenega varstva. Ena pomembnih novosti je bila ustanovitev samostojnega Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki zbira in razporeja zbrana sredstva za zdravstvo. Ustanovljena je bila Zdravniška zbornica Slovenije. Na podlagi zakonskih določil se je začela uveljavljati tudi zasebna zdravstvena dejavnost. Videti je bilo, da se bo vzporedno s preходом na tržno gospodarstvo tudi negospodarstvo organiziralo po zgledih razvitih evropskih držav.

Hitro se je pokazalo, da vprašanja niso tako preprosta. Prehod socialističnega osnovnega zdravstva v zasebno zdravstveno dejavnost je bil v vzhodnoevropskih državah kaotičen, nastale razmere pa skoraj neobvladljive. Ker ni bilo zavodov za zdravstveno zavarovanje in ker zdravniške zbornice niso imele javnih pooblastil, so bili zdravniki velikokrat prepuščeni sami sebi in pahnjeni v slabe socialne razmere. Medtem ko je Nemčija čez noč razpustila državno in uvedla zasebno zdravstvo, so v nekaterih državah ohranjali dotedanji socialistični način organiziranja zdravstva. Spet v drugih so se trudili, da bi ob državnem postopoma razvijali zasebni zdravstveni model, ki naj bi se med seboj dopolnjevala. V to zadnjo skupino sodi Slovenija.

Morda je slednja pot najtežja. V mnogih državah mislijo, da je boljše čisto državno zdravstvo kot model, kjer naj bi sobivala državni in zasebni sektor. Toda v novopriključenih deželah Nemčije se že kažejo dobre v celoti zasebnega zdravstva.

Prve izkušnje v Sloveniji so tu. Pri prehajanju v zasebnitvo se je pokazala vrsta težav, ki pa so v posameznih strokah zelo različne. Medtem ko je prehod v zobozdravstvu sorazmerno lahek, se v drugih strokah osnovnega zdravstva in specialističnih dejavnostih pojavljajo že veliko večje težave.

Ključno vprašanje, ki se danes pojavlja v osnovnem zdravstvu, je prihodnja usoda

zdravstvenih domov. Kakršnikoli so že bili v preteklosti, je bila zdravstvena zaščita prebivalcev v njih na zavidljivi ravni. S strokovnega vidika se danes lahko merimo z mnogimi drugimi deželami v Evropi. Zgradbe zdravstvenih domov bi morale ostati centri zdravstvene dejavnosti, bodisi zasebne ali državne.

## **Domači zdravniki v osnovnem zdravstvu**

Prvi doma izšolani zdravniki, ki so prišli v osnovno zdravstvo na začetku 50. let, so se spopadali s tolikšnimi težavami, da o svojem položaju in strokovnem izpopolnjevanju niso utegnili razmišljati. Sleherni dan so, preobremenjeni z delom, samo iskali priliko, kako bi čim prej prišli na specializacijo in v bolnišnico, kjer je bilo delo lažje in odgovornost porazdeljena.

Z leti so se razmere v osnovnem zdravstvenem varstvu počasi urejale. Stare ordinacije, ki so bile sprva po nacionaliziranih trgovinah in gostilnah, so se selile v novozgrajene zdravstvene domove. Delo in pobuda za gradnjo sta bila največkrat v zdravnikovih rokah. Pionirsko graditeljsko in ustvarjalno delo je marsikateremu zdravniku pomenilo poklic in zavzetost v prostem času.

Posebne raziskave gotovo še čaka trud, ki so ga vložili slovenski zdravniki v izgradnjo zdravstvenih objektov in organiziranje zdravstvene službe na terenu. Skoraj vselej je šlo tako delo na škodo strokovnega izobraževanja. In ko je bilo z leti vse postorjeno, je marsikateri zdravnik opazil, da je bil v življenju opeharjen. Največkrat se je namreč vse končalo s priznanjem in javno zahvalo. Na delo so prihajali vedno mlajši in vedno bolj specializirani zdravniki. Na starega garača so hitro pozabili in upokojenemu zdravniku največkrat niso dovolili niti, da bi svoji družini lahko predpisoval zdravila na recepte socialnega zavarovanja.

Pričakovanja, da bodo zdravniki v zdravstvenih domovih delali tako kot zasebni zdravniki, so se sčasoma izkazala za nerealna. Ker ni bilo materialne stimulacije za boljše delo, se je vse prilagodilo administrativnemu načinu vodenja. Če so zasebni zdravniki postorili kar največ sami in imeli pri tem še posluš za vse človeške stiske svojih bolnikov, je v bolezen usmerjena medicina narekovala čim bolj klinično obnašanje. Zasebnih zdravnik je želel navezati bolnika nase in do konca rešiti kar največ zdravstvenih težav. Po novem pa so zdravniki vse več bolnikov pošiljali k specialistom, v laboratorije na preiskave, ki naj jih opravijo drugi, in v bolnišnice k drugim zdravnikom – vse seveda v bolnikovem interesu in v imenu sodobne medicinske znanosti. Vse večja dispanzerizacija na osnovni ravni je popolnoma ustrezala taki, v bolezen usmerjeni medicini. Razcvet dispanzerjev je prinesel nesorazmerno rast nekaterih specialističnih strok, k čemur je pripomogla še vse večja feminizacija zdravniškega stanu.

Po vsem svetu se je splošna medicina znašla v eksistencialni stiski, iz katere ni videla izhoda. Da bo treba nekaj ukreniti, je bilo v 60. letih jasno vsem zdravnikom. V to obdobje sodi prizadevanje za oživitev splošne medicine. Začelo se je z ustanavljanjem kateder za splošno medicino po medicinskih fakultetah v Evropi in z uvedbo specializacije splošne medicine v Jugoslaviji. V tem času smo bili s svojimi zamislimi med najnaprednejšimi v Evropi. Pri nas sta pri tem odigrala pomembno vlogo Šola narodnega zdravja in prof. dr. Vuletić v Zagrebu ter prof. dr. Saša Cvahte v Ljubljani. Splošna medicina je iskala svojo novo podobo.

V 80. letih smo si v Sloveniji prizadevali za uvedbo sodobne, v bolnika usmerjene splošne medicine, ki se je s celostno obravnavo po vzoru v razvitih deželah začela preobražati v družinsko medicino.

## **Sklep**

Sprejetje Štamparjeve doktrine je bilo ključno dejstvo, ki je oblikovalo našo socialno-medicinsko usmeritev v povojni osnovni zdravstveni dejavnosti. Njegova nače-

la so se zadnjih sedemdeset let spreminjala, dopolnjevala in tudi izkrivljala. Postala so v marsičem načela Svetovne zdravstvene organizacije.

Pri nas smo ta načela institucionalizirali do te mere, da smo izvajanje vezali na nujno obstojanje velikih zdravstvenih ustanov, obširne zdravstvene administracije in upravljanje zdravstvene dejavnosti po politologih, sociologih, ekonomistih in pravnikih.

Tako nastali veliki sistemi so bili togi, konservativni in nepripravljeni uvajati spremembe. Vso moč so porabljali za to, da so sami le s težavo delovali. Na podlagi sodobnih preoblikovanj socialno-medicinske doktrine ponekod poskušajo znova utemeljevati potrebo po ohranjanju in razvijanju socializiranega zdravstva v starih okvirih, pri čemer je razviden vpliv in povezanost politike z upravljalskimi kadri v zdravstvu.

Težnje zdravnikov, da bi uvedli zasebno zdravstveno dejavnost, imajo svoj vzrok predvsem v tem, da niso bili več pripravljeni delati v »samoupravnih« sistemih za osebne dohodke, ki so za 20 % višji od tistih, ki jih prejema medicinski tehniki. Zdravniki kot nosilci zdravstvene dejavnosti z vsemi odgovornostmi niso več pristajali na uravnilovko pri nagrajevanju ter na upravljalško oblast srednjih in višjih kadorov, povezanih z administracijo.

Pri oblikovanju sistema, kjer naj bi bila zasebna zdravstvena dejavnost del javnega zdravstva, bo treba dopolniti nekatera temeljna izhodišča, ki morajo biti enako obvezna tako za zasebnike kot za javne zavode:

- *Zdravniki kot nosilci zdravstvene dejavnosti morajo prevzeti vso odgovornost za delo zdravstvene službe na določenem območju.*
- *Zdravstveni dom bi moral ostati mesto, kjer bi na osnovni zdravstveni ravni potekala tako zasebna kot javna zdravstvena dejavnost. Nekatero dobro izkušnje pri organiziranosti laboratorjev, fizioterapije, reševalne službe in administracije je treba upoštevati pri posodabljanju in racionalizaciji.*
- *V osnovni zdravstveni dejavnosti bi morali poiskati take rešitve, ki bi omogočale uporabo dispanzerske metode dela na izvirnih temeljih in sodobnih izhodiščih. Zdravstvena dejavnost ne more biti organizirana enako v velikih mestih kot na podeželju.*
- *Zasebna zdravstvena dejavnost ne more biti izločena iz preventivnih programov zdravstvenega varstva. V vse sodobne projekte promocije zdravja morajo biti vključeni tudi zasebni zdravniki. Ti se ne smejo izogibati prevzemu ustreznega dela skupne skrbi za zdravje prebivalstva.*
- *Uvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti je proces, ki bo trajal več let. Vsakršna nestrpnost je neproduktivna in škoduje predvsem bolnikom. Država mora jasno definirati smotre in cilje, ki bodo razmere v določenih časovnih rokih prilagodili evropskim.*

V vseh državah si politika prizadeva uveljavljati odločujoč vpliv na zdravstvo. Smernice, izhodišča, sklepi in namere največkrat veljajo le omejen čas. Pogosto vodijo razvoj tudi na stranpoti. Evropski forum zdravniških organizacij v Varšavi je marca 2000 sprejel deklaracijo o poklicni neodvisnosti zdravnikov, ki naj bi pomagala pri urejanju razmerij med oblastmi in zdravniki. Večino stališč iz te deklaracije v Sloveniji že izvajamo.

Za razvoj slovenskega zdravstva zadnjih sto let je značilen kakovosten vzpon, na katerega so odločilno vplivale ekonomske, socialne, kulturne in družbene razmere. Nanj smo lahko ponosni. Število zdravnikov se je podeseterilo. Danes imamo v zdravstvenih domovih verjetno največ zdravstvu namenjenih površin na posameznega prebivalca v Evropi. Zdravstvo razpolaga s sodobno opremo in neoporečnim kliničnim delom. Zdravstvena prosvetljenost prebivalstva je vse večja.

Morali se bomo odločiti, kakšno zdravstveno varstvo bomo oblikovali v 21. stoletju. Ob pomislekih, da tega danes še ne vemo natančno, nas tolaži spoznanje, da tega ne vedo v celoti niti nikjer drugje po svetu.

**Literatura:**

1. Jeršič M. Zdravje na Kranjskem v letih 1881–1890. V: Cvahte S in sod. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1972: 97.
2. Jeršič M. Zdravje na Kranjskem v letih 1881–1890. V: Cvahte S in sod. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1972: 140.
3. Jeršič M. Zdravje na Kranjskem v letih 1881–1890. V: Cvahte S in sod. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1972: 98, 136–7.
4. Kirn M. Iz zdravstva na Kamniškem 1881–1941. Ljubljana: Inštitut za zgodovino medicine, 1997: 43.
5. Jeršič M. Zdravje na Kranjskem v letih 1881–1890. V: Cvahte S in sod. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1972: 138–9.
5. Jeršič M. Zdravje na Kranjskem v letih 1881–1890 V: Cvahte S. in sod. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1972: 141.
6. Borisov P. Zgodovina medicine. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1985: 393–4.
7. Poročilo tajnika Zdravniške zbornice na 17. občnem zboru Zdravniške zbornice 11. II. 1940. V: Glasilo zdravniške zbornice za Dravsko banovino, 1940; 17: 12.
8. Pirc I. Zdravstvene prilike in delo higienske organizacije v Sloveniji. V: Zdravje v Sloveniji II. 1922–1938. Ljubljana: Blasnik nasl, 1938: 402–6.
9. Kesic B. Život i zdravlje. Zagreb: Stvarnost, 1983: 619–29.
10. Kopač I, Vilč B, Vindiš P. Organiziranost in samoupravni razvoj zdravstva v širšem celjskem okolišu. V: Hrušovar M in sod: Zbornik o razvoju zdravstva na Celjskem od leta 1953–1985. Celje: Zdravstveni center Celje, 1986: 12–23.
11. Pfeifer J. Zgodovina idrijskega zdravstva. Idrija: Mestni muzej Idrija, 1989: 22–3.
12. Kopač I, Vilč B, Vindiš P. Organiziranost in samoupravni razvoj zdravstva v širšem celjskem okolišu. V: Hrušovar M in sod: Zbornik o razvoju zdravstva na Celjskem od leta 1953–1985. Celje: Zdravstveni center Celje, 1986: 7.
13. Neubauer R. Sto let tuberkuloze na Slovenskem. V: Poslanstvo slovenskega zdravnika. Ljubljana: Slovenska matica Ljubljana, 1965: 193–224.
14. Letica S, Popović B, Škrbić M. Teze o socialno-ekonomskim osnovama zdravstvenog razvoja. Praxis Medici 1985, 16: 21–36.

**Priporočena literatura:**

1. Borisov P. Zgodovina medicine. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1985.
2. Capra F. Vrijeme preokreta. Zagreb: Globus, 1986.
3. Gotschalk L, Loren C, Kinney M, Pritschard H. Temelji sodobnega sveta, Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1974.
4. Russel B. Modrost zahoda. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1977.
5. Vorlaender K. Zgodovina filozofije. Ljubljana: Slovenska matica, 1970.