



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

NADGRADNJA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA DO LETA 2020

FEBRUAR 2011

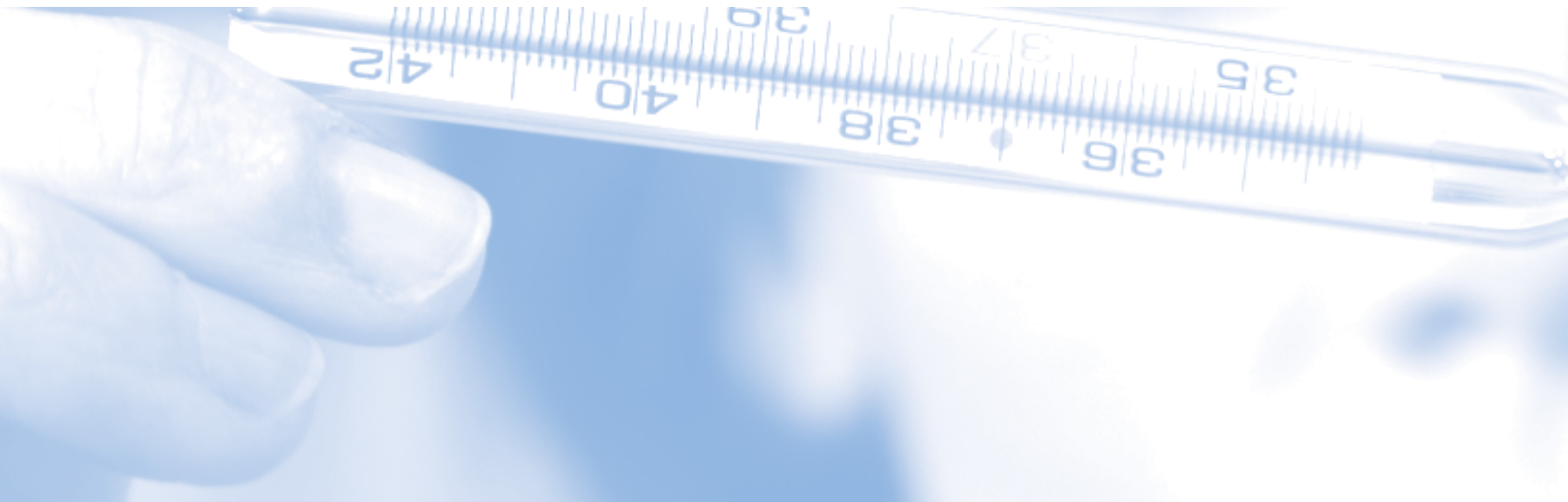






Kazalo

1. Zaveza izboljšanju zdravstvenega sistema	stran 4
2. Strateški cilj, temeljna načela in ključni izzivi nadgradnje zdravstvenega sistema	stran 6
A. Temeljna načela	stran 7
1. Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepite regionalizacije ob istočasnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravni	stran 7
2. Zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev	stran 9
3. Zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko definiranja košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja	stran 10
B. Ključni izzivi za uresničevanje postavljenih načel	stran 12
1. Preventiva in promocija zdravja	stran 12
2. Finančna vzdržnost zagotavljanja zdravstvenega varstva	stran 14
3. Učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega	stran 16
4. S potrebami državljanov usklajeno vlaganje v človeške vire in zdravstvene tehnologije	stran 19
5. Optimizacija pretoka podatkov, informacij in analiz	stran 22
Literatura	stran 23
Akcijski načrt	stran 24



1. Zaveza izboljšanju zdravstvenega sistema

Zaveza ministra in ministrstva za zdravje preiščlenim, racionalnim ter vsebinsko in časovno usklajenim spremembam zdravstvenega sistema izhaja iz razvojne nuje ter sprememb in dejstev, ki so ga krojila v občutljivih letih slovenske tranzicije, kot so:

- demografska gibanja in spreminjajoča se starostna struktura prebivalstva, spreminjajoča se epidemiologija, ki zahteva dolgotrajno obravnavo kroničnih obolenj, hiter razvoj novih zdravstvenih tehnologij, globalizacija, ki prinaša na eni strani informacije in večjo osveščenost, ter zavedanje prebivalstva o možnostih zdravljenja, na drugi strani pa povezanost in večji pretok obolenj, ter nazadnje tudi klimatske spremembe, ki spreminjajo vzorce obolevnosti prebivalstva,
- hiter razvoj novih zdravstvenih tehnologij, zdravil in postopkov zdravljenja,
- neustrezna kadrovska politika oziroma njena odsotnost in iz tega izhajajoče pomanjkanje ustreznega kadra,
- odsotnost ustreznih zakonodajnih dopolnitev, ki bi sistem sproti prilagajale spremembam,
- uvedba dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki je ob začetni stabilizaciji finančnega položaja v zdravstvu povzročila odklon sistema v smeri manjše solidarnosti zagotavljanja sredstev za zdravstvene storitve,
- delni prenos financiranja zdravstvenih storitev na dopolnilno zdravstveno zavarovanje omogoča zatiskanje oči pred dejstvom, da so sredstva omejena, in tako vsem deležnikom v zdravstvu ne nalaga potrebnega bremena racionalnosti pri upravljanju z zbranimi sredstvi,
- investicije v zdravstvu v Sloveniji niso v zadostni meri sledile razvoju zdravstvenih tehnologij in medicinskega znanja, temveč so večinoma temeljile na izgradnji posteljnih kapacitet v bolnišnicah, ki so s spremembami potreb prebivalstva sedaj neustrezne ali celo odvečne.

Zato je moj osebni in izziv mojih sodelavcev sistemska vzpostavitev vzdržnosti v tem trenutku togega zdravstvenega sistema ob ohranjanju in izboljševanju visoke ravni kakovosti, varnosti in dostopnosti zdravstvenih storitev za vse državljanke in državljane Slovenije.

Rešitve, ki vam jih v nadaljevanju predstavljamo, smo poiskali v:

- omogočanju visoke ravni osveščenosti prebivalstva o upravljanju z lastnim zdravjem skozi promocijo preventivnih ukrepov in zdravega načina življenja,
- spremembah, racionalizaciji in ustreznem razvoju mreže izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni,
- spremembah sistema financiranja zdravstvenih pravic, povečanju javnega deleža sredstev za zdravstvo na vsaj 80 odstotkov ter povečanju obsega sredstev za zdravstvo na deset odstotkov bruto domačega proizvoda Slovenije do leta 2020.



Predlagane spremembe, ki jih s tem dokumentom v obliki tez posredujemo v javno razpravo vsem zainteresiranim javnostim, bomo ob uskladitvi vaših pripomb, predlogov in razvojnih pobud, ki bodo potekale tako preko javnih soočenj in predstavitev kot preko sprejemanja vaših pisnih pobud, ob tehtnem premisleku vključili v končne predloge dveh pomembnih zakonov s področja zdravstva. To sta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki ureja sistem financiranja, in Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki ureja delovanje in upravljanje izvajalcev zdravstvenih storitev.

Za tako zastavljen vnaprejšnji način usklajevanja osnovnih izhodišč za potencialno uveljavljanje pomembnih strateških sprememb smo se odločili zato, da bodo v oblikovanje sprememb ključnih zakonov s področja zdravstva zajeti interesi kar najširšega kroga prebivalstva Slovenije. Gre namreč za uveljavljanje enakovrednega in solidarnega dostopa vsakega posameznika do kar najbolj kakovostnih zdravstvenih storitev.

Prav tako pričakujemo pobude in mnenja s strani predstavnikov zdravstvene stroke in stroke zdravstvene nege, predstavnikov menedžmenta v zdravstvu, zdravstvenih ekonomistov in drugih, saj si brez njihovega aktivnega sodelovanja, ki ga tudi sicer izkazujejo ob vsakem pomembnem vprašanju v zdravstvu, ne znamo predstavljati pozitivno motiviranega, naporenega, a uspešnega procesa uveljavitve predlaganih sprememb.

Za vaše prispevke in mnenja, ki nam bodo v pomoč pri oblikovanju končnih predlogov zakonskih sprememb v zdravstvu, se vam iskreno zahvaljujem.

S spoštovanjem!

Dorijan Marušič
minister za zdravje

2. Strateški cilj, temeljna načela in ključni izzivi nadgradnje zdravstvenega sistema

S spremembami in nadgradnjo zdravstvenega sistema želimo zagotoviti pozitivno zdravje prebivalstva Slovenije. **Naš STRATEŠKI CILJ je vzpostavitev prožnega zdravstvenega sistema, ki bo s kakovostnimi in varnimi zdravstvenimi storitvami učinkovito zadovoljeval potrebe državljanov in državljanek.**

TEMELJNA NAČELA nadgradnje zdravstvenega sistema so:

1. Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitev regionalizacije ob istočasnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravni.
2. Zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.
3. Zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko definiranja košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja.

Sistem zdravstva mora zmanjševati neenakosti v zdravju, hkrati pa mora postati konkurenčen in razvojno naravnani tudi zaradi izzivov, ki jih predenj postavlja skorajšnji prost pretok pacientov znotraj Evropske unije.

KLJUČNI IZZIVI za doseganje in sledenje osnovnim načelom nadgradnje zdravstvenega sistema so:

1. Preventiva in promocija zdravja
2. Finančna vzdržnost zagotavljanja zdravstvenega varstva
3. Učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega
4. S potrebami državljanov usklajeno vlaganje v človeške vire in zdravstvene tehnologije
5. Optimizacija pretoka podatkov in informacij ter analiz



A. Temeljna načela

1. Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitve regionalizacije ob istovrstnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravni

Reforma izhaja iz tako imenovane nacionalne piramide:

- široko dostopne primarne ravni, ki je »vratar« za vstop v zdravstveni sistem,
- sekundarne ravni, kamor je bolnik napoten na specialistično obravnavo,
- ter terciarne ravni, ki je odgovorna za strokovni napredek in razvoj slovenskega zdravstva.

Kljub ohranitvi strukture po ravneh je zaradi boljšega povezovanja znanja in izkoriščenosti opreme potrebno združevati izvajalce v regionalne centre. Ti lahko s povezavami določenih dejavnosti bolje izmenjajo znanje, organizirajo delo ter učinkovito uporabljajo opremo in druge vire. Mreženje mora temeljiti na jasno definiranih minimalnih kriterijih, izraženih kot število prebivalcev, za obstoj javnih zavodov, ki zagotavljajo dostopnost državljanov do zdravstvenih storitev. Mreženje posameznih funkcij javnih zdravstvenih zavodov, bodisi strokovnih bodisi poslovnih, zaradi povezovanja znanja in izmenjave izkušenj izboljšuje kakovost in varnost zdravstvenih storitev, obravnava na enem mestu pa se bolj osredotoča na pacienta. Pri združevanju in povezovanju poslovnih in upravljalnih funkcij se prav tako zmanjšuje administrativno delo, funkcije administrativnega kadra morajo biti v največji možni meri preusmerjene iz sistema upravljanja v sistem obravnave pacienta. Kader je treba preusmeriti z opravljanja administrativnih del na upravi v procese obravnave bolnika. Zaradi združevanja funkcij in novega načina delitve dela se posledično optimizirajo obratovalni stroški in kadrovske potrebe, kakovost storitev pa je višja.

Na primarni ravni je potrebno **povezovanje javnih zdravstvenih zavodov z zagotavljanjem opravljanja nekaterih funkcij na enem mestu** – primer so vzpostavitev Centralnih urgentnih centrov ter mreženja po zgledu Osnovnega zdravstva Gorenjske. S tem imajo pacienti boljši dostop do zdravstvenih storitev (laboratorijske in rentgenske storitve), obravnava pa je bolj učinkovita in kakovostna. Morebitno zmanjševanje nezdravstvenega kadra pomeni tudi večjo razpoložljivost zdravstvenega kadra. Ob nezadostnem dostopu prebivalstva do zdravstvenih storitev na nekaterih območjih je v manjših krajih potrebno stimulatивно uvajanje ruralnih ambulant. V primeru nezmožnosti zagotavljanja zdravstvenega varstva v okviru javne službe bo potrebno podeljevanje koncesij.

Učne ambulate so ambulate, v katerih bo samostojno delal specializant družinske medicine pod vodstvom mentorja, opredeljeval bolnike in imel lastni delovni prostor. Ambulate bodo prostorsko ločene od ambulate mentorja. Specializant bo bolnike samostojno vodil pod nadzorom mentorja, kar pomeni, da bo ustvarjal svoj seznam bolnikov, v ločenih prostorih, s svojo sestro. Z zaključkom specializacije bo postala taka učna ambulanta nov tim na področju družinske medicine, s pripadajočim programom in finančnimi sredstvi, ki ji bodo zagotavljala nemoteno delovanje, enako kot vsaki drugi že obstoječi ambulanti na področju družinske medicine. Vsebina dela v taki ambulanti bo podobna delu referenčnih ambulant, ko gre za vodenje kroničnih bolnikov v skladu s protokoli, ustvarjanje registrov in proaktiven pristop k preventivi.

Referenčne ambulate so ambulate, v katerih delajo zdravniki, ki so že sedaj v mreži javnega zdravstvenega sistema in so strokovno na visoki ravni: gre za nadgrajen način dela z že opredeljeno populacijo bolnikov. Njihov način dela temelji na celoviti obravnavi bolnikov, delu v skladu s protokoli vodenja kroničnih bolnikov, celoviti preventivi, doseganju kazalnikov kakovosti, strokovno optimalni rabi laboratorijskih storitev, opravljanju čim več storitev in posegov na primarni ravni ter izvajanju določenih aktivnosti s strani diplomirane medicinske sestre v skladu z njenimi pristojnostmi in odgovornostmi. Referenčne ambulate uvajamo tako v javnih zavodih kot tudi pri koncesionarjih. Cilj teh ambulant je povečanje kakovosti, varnosti in stroškovne učinkovitosti obravnave bolnikov preko prenosa dela na primarno raven.

Na sekundarni ravni združitve posameznih dejavnosti (primer je združitev opravljanja dejavnosti v Bolnišnici Topolšica, Splošni bolnišnici Slovenj Gradec in Splošni bolnišnici Celje) izboljšuje kakovost storitev zaradi večje specializiranosti posameznih ustanov. Zaradi koncentriranja dejavnosti na enem mestu se izboljšuje znanje, kakovost in varnost storitev.

Prav tako želimo izboljšati **obravnavo pacienta na primarni ravni s povezovanjem s sekundarno ravni in približevanjem specialističnih storitev prebivalstvu** (primer je povezava specialistov iz Splošne bolnišnice Slovenj Gradec z zaposlenimi v Zdravstvenem domu Velenje). To povezovanje omogoča sodelovanje specialista pri obravnavi bolnika na primarni ravni, kar za pacienta pomeni hitrejši dostop do storitev, izvajalcu pa omogoča pozitivne sinergije pri načrtovanju kadrovske politike, racionalizaciji kadra in nakupu opreme.

Pri tem je treba vsak primer povezovanja obravnavati posebej ter upoštevati njegove posebnosti, lokacijo, kadrovske zasedbe, prostorske zmožljivosti in organizacijo dela. Povezovanje mora biti namreč pozitivno za vse zavode, ki so vključeni.

V okviru terciarne dejavnosti je treba zagotoviti **pregledno razmejitev v financiranju sekundarne in terciarne dejavnosti**. Treba je odpraviti dosedanje mešanje sekundarne in terciarne ravni. Nobena storitev ne more biti terciarna samo zato, ker je zelo redka ali zelo draga. Nove storitve naj se financirajo s terciarnimi sredstvi le v obdobju njihovega razvijanja in uvajanja in to do takrat, ko preidejo v rutinsko izvajanje in v financiranje preko obstoječih modelov financiranja, kjer se tem storitvam zagotovi ustrezna cena. Za izvajanje terciarne dejavnosti je poleg



osebja, ki ga javni zdravstveni zavodi potrebujejo za opravljanje svoje osnovne dejavnosti, potrebno tudi osebje z dodatnim znanjem in veščinami.

2. Zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev

V Sloveniji si prizadevamo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. To so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta. Poglavitni cilji na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu so:

1. razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti
2. razvoj kulture kakovosti in varnosti
3. vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti
4. razvoj sistemov za izboljšanje učinkovitosti kliničnega dela.

Razširjen nabor kazalnikov kakovosti, ki jih spremljajo izvajalci specialistične dejavnosti, je bil objavljen v Priročniku o kazalnikih kakovosti v letu 2010. Področje je treba naprej spremljati in razvijati na podlagi pridobljenih izkušenj. Le na takšen način bo možno pridobiti zanesljive podatke o kakovosti posameznih zdravstvenih storitev in delovanje sistema zdravstvenega varstva v celoti. Med kazalniki je vključeno tudi merjenje kulture varnosti v bolnišnicah. Številne aktivnosti bodo namenjene tudi povečanju varnosti pacientov, zlasti z nadaljnjim razvojem sistema poročanja o opozorilnih nevarnih dogodkih. **Sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov**, torej obravnavo najhujših varnostnih zapletov pri pacientih, je Ministrstvo za zdravje RS vzpostavilo že leta 2002, vendar pa so predpisi na tem področju pomanjkljivi. Sistematičen in učinkovit pristop k spremljanju varnostnih zapletov je v bolnišnicah še redek, nacionalni sistem poročanja o opozorilnih znakih nevarnih dogodkov pa potrebuje dopolnitve. Stalno, dolgoročno in sistematično spodbujanje tega procesa je ključen pogoj za spreminjanje organizacijske kulture.

V letu 2011 se bomo posebej osredotočili na naloge, namenjene doseganju prvega cilja nacionalne strategije. Med njimi je posebej pomemben **razvoj sistema akreditacije** zdravstvenih ustanov v Sloveniji, ki lahko pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti in varnosti v sistemu zdravstvenega varstva. Akreditacija zdravstvenih zavodov je proces, ki ga vodi zdravstveni zavod sam, bodisi v obliki samoocenjevanja ali notranje presoje bodisi kot zunanja presoja s pomočjo zunanje organizacije. Zunanja presoja je postopek, v katerem zunanja organizacija oceni in presodi, ali zdravstveni zavod izpolnjuje vnaprej pripravljene standarde kakovosti. Zunanja presoja kakovosti je pomagala pri uvajanju celovitega spremljanja kakovosti in varnosti v zdravstvene zavode, z namenom, da deluje kot spodbujevalec in ne kot sredstvo nadzora. Akreditacijo kot način zunanje kakovosti in varnosti zdravstvenih obravnav v Sloveniji potrebu-



jemo tudi zaradi vključitve v širši evropski prostor, ki ga odpira Direktiva o čezmejnem prostem pretoku pacientov. Največjo nevarnost pri tem predstavlja posledično prelivanje finančnih sredstev med nacionalnimi zdravstvenimi zavarovalnicami, ki lahko v naslednjih letih dodatno negativno vpliva na finančno vzdržnost slovenskega zdravstvenega sistema. Akreditacija je instrument, ki omenjeno tveganje znižuje – konkurenčnost slovenskih zdravstvenih zavodov bo namreč bistveno višja, če bodo razpolagale z mednarodno priznano akreditacijo.

Predlagamo, da se za zagotavljanje zgornjih nalog oblikuje javna agencija, ki bo kot neodvisna in avtonomna agencija naloge v zvezi z zagotavljanjem kakovosti opravljala bolj učinkovito.

3. Zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko definiranja košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja

V Sloveniji imamo zelo široko definirano košarico zdravstvenih storitev, v kateri je del vsake storitve, le nekatere pa tudi v celoti, krit iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ker večino zdravstvenih storitev, ki so ključnega pomena za državljane, delno financiramo iz zasebnih virov – dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, je bilo to zavarovanje razglašeno za zavarovanje v javnem interesu. To je pripeljalo do visoke stopnje regulacije tržnega zavarovanja, ki ga kljub opozorilom Evropske komisije ne moremo opustiti, saj gre za varovanje dostopnosti do ključnih zdravstvenih storitev, čeprav omejuje konkurenčnost in svobodo pretoka blaga in storitev ter ovira vstop tujih zavarovalnic na slovenski trg.

Ker za kritje široko definirane košarice pravic nimamo zadostnih sredstev, se je v preteklih letih primanjkljaj sredstev v javni blagajni pokrival s prenosom financiranja zdravstvenih storitev na zasebna sredstva predvsem s pomočjo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kar je v nasprotju z načelom zagotavljanja osnovne skrbi za zdravje iz javnih sredstev. Tako je Slovenija postala socialna država s sicer visoko prispevno stopnjo za zdravstvo, ki pa v celoti financira le malo storitev. Dostopnost do storitev je namreč omejena oziroma pogojena s tako visokimi doplačili, da se zanje zavaruje blizu 95 odstotkov prebivalstva. To pomeni, da gre dejansko za prisilno zavarovanje. Kljub delnemu prenosu financiranja storitev na »formalno prostovoljno« dopolnilno zavarovanje pa široko opredeljene košarice zdravstvenih storitev vseeno ni bilo moč zagotavljati v celoti, zato so se v praksi pojavile nedopustno dolge čakalne dobe za potrebne zdravstvene storitve.

Velik del sredstev, zbranih s premijami, zavarovalnice porabijo za lastno delo, rezerve in dobiček (okoli 70 milijonov evrov letno). **Premije za dopolnilno zavarovanje so enotne, ne glede na višino dohodka zavarovanca, kar zmanjšuje solidarnost v sistemu.** Zaradi načina plačevanja storitev dopolnilno zavarovanje povzroča porabo zbranih sredstev za manj potrebne in



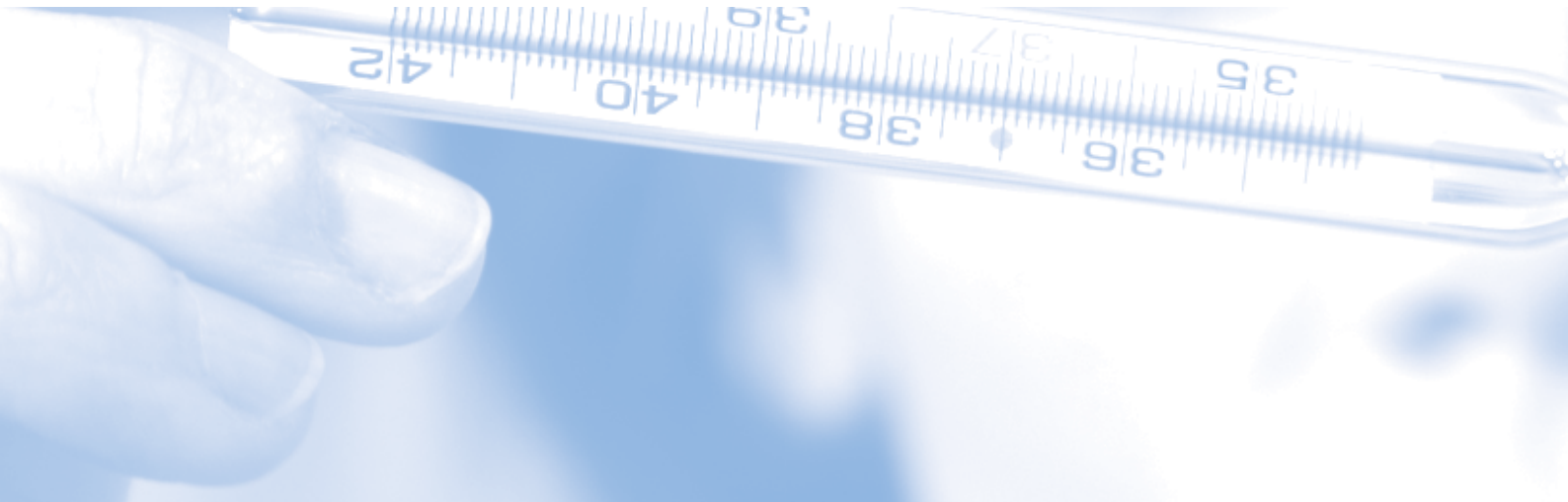
celo nepotrebne zdravstvene storitve za paciente. **Nižanje deleža obveznega zavarovanja v kritju cene storitve povzroča preveliko uporabo zdravstvenih storitev in daje napačne razvojne spodbude.** Plačilo opravljenih zdravstvenih storitev iz naslova dopolnilnega zavarovanja je neomejeno (do realizacije), kar ob povečevanju deleža dopolnilnega zavarovanja v storitvi omogoča izvajalcem zdravstvenih storitev, da zaradi večje prodaje izvajajo in obračunavajo tudi tiste zdravstvene storitve, ki so s strokovno medicinskega vidika nepotrebne. Tako se najbolj povečuje realizacija tistih zdravstvenih storitev, ki imajo največji delež storitve krit iz dopolnilnega zavarovanja – to pa so ravno tiste, ki so najmanj ključne za zdravje prebivalstva. Racionalno obnašanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki niža cene določenih zdravstvenih storitev, pa povečuje dobičke v zavarovalnicah.

Zaradi financiranja vedno večjega dela storitev z dopolnilnim zavarovanjem je v zdravstvu premalo zavesti o potrebi po racionalnem obnašanju in stroškovni učinkovitosti, kar je pripeljalo do dolgih čakalnih dob in zmanjšane dostopnosti do ključnih zdravstvenih storitev. Lahko bi celo rekli, da smo na tem področju zaradi deformiranega koncepta dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zamudili skoraj dve desetletji!

V na novo opredeljeno košarico bodo vključene storitve, ki pokrivajo ključne zdravstvene potrebe prebivalstva, se pravi standardizirane storitve, ki morajo biti dostopne vsem državljanom in državljankam, ne glede na njihovo finančno stanje ali katero drugo značilnost. Te storitve morajo biti krite iz javnih sredstev, dostop do njih mora biti pravočasen, zagotovljene pa morajo biti varno ter v zadostnem obsegu in kakovosti. Nabor teh storitev mora biti najprej stvar medicinske stroke, nato pa družbenega dogovora o tem, koliko smo pripravljeni prispevati za zdravje in v kolikšni meri želimo zdravje zagotavljati na solidarnostni način. Državljanji in državljanke bodo imeli dostop do ključnih zdravstvenih storitev zagotovljen z obveznim zdravstvenim zavarovanjem in jim za pravočasen dostop znotraj priporočenih čakalnih dob ne bo treba plačevati nobenih dodatnih sredstev. Če pa bodo želeli nadstandardne storitve in material, nadstandard pri izvajalcih, še hitrejši dostop do zdravstvenih storitev in drugo, bodo za to plačali iz lastnih sredstev oziroma se bodo dodatno prostovoljno zavarovali.

Sedanja ureditev povzroča težave tudi zaradi direktive Evropskega parlamenta in Sveta EU o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. Ta namreč določa, da se povrnejo stroški za zdravljenje v drugi državi članici le za zdravstvene storitve, ki so v košarici pravic iz obveznega zavarovanja, kar pomeni, da naše dopolnilno zavarovanje pacientom, ki se zdravijo v tujini, ne povrne stroškov za tisti del storitve, ki je zavarovan v okviru dopolnilnega zavarovanja.

Nadgradnja predvideva tudi spremembo prispevnih osnov, stopenj in redefinicijo statusov zavarovanih oseb (1) v skladu s spremenjenimi pogoji na trgu dela ter pravicami, ki jih zavarovanci in njihovi družinski člani lahko prejmejo iz zavarovanja. Želimo, da so prispevne osnove usklajene v celotnem sistemu socialnih zavarovanj, prispevna stopnja pa skladna s pravicami, ki jih zavarovanci prejemajo iz zdravstvenega sistema.



B. Ključni izzivi za uresničevanje postavljenih načel

1. Preventiva in promocija zdravja

Pričakovana življenjska doba in izbrani kazalniki zdravja kažejo stalno izboljšanje zdravja prebivalcev Slovenije. Po drugi strani se pri nas tako kot v drugih državah v Evropi soočamo s staranjem prebivalstva in spremenjenim življenjskim slogom, ki ju spremlja vse večja pogostost kroničnih nenalezljivih bolezni. To predstavlja velik izziv tako za zdravstveni sistem kot družbo v celoti.

V Sloveniji **kronične nenalezljive bolezni predstavljajo največje breme** in so najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost ter zmanjšano kakovost življenja. Projekcije kažejo, da bodo še posebej naraščale rakave bolezni, ki so že tako vodilni vzrok smrti v Sloveniji. Po zadnjih dostopnih podatkih se je incidenca raka v Sloveniji v desetih letih povečala za 40 odstotkov med moškimi in za 30 odstotkov med ženskami. Če predpostavimo, da se današnje stanje ne bo bistveno spremenilo, lahko iz podatkov Registra raka RS izračunamo, da bo med rojenimi leta 2006 za rakom do 75. leta starosti zbolel skoraj vsak drugi Slovenec in skoraj vsaka tretja Slovenka. Podoben porast lahko brez učinkovite preventive pričakujemo tudi pri drugih kroničnih boleznih in stanjih, kot so srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen tipa 2 in duševne bolezni. Prebivalci Slovenije že sedaj v povprečju sedem let živimo s kronično boleznijo oziroma katero od vrst zmanjšane zmogljivosti delovanja, kar predstavlja devet odstotkov celotnega pričakovanega trajanja življenja. Precejšen problem predstavlja tudi nezdrav življenjski slog in psihosocialna problematika slovenskih otrok in mladostnikov.

Nezdrav življenjski slog pomeni kopičenje vedenjskih dejavnikov tveganja (kajenje, nezdravo prehranjevanje, prenizka stopnja telesne dejavnosti, tvegano uživanje alkohola, duševni stres) ter vodi v razvoj bioloških dejavnikov tveganja (čezmerna prehranjenost in debelost, arterijska hipertenzija, dislipidemija, polimetabolni sindrom) in v nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni.

Podatki kažejo, da **socialno-ekonomski status posameznika pomembno vpliva** na njegov življenjski slog, dejavnike tveganja, na uporabo zdravstvenih in drugih storitev ter v končni fazi na obolevnost, umrljivost in pričakovano trajanje življenja. V Sloveniji lahko 30-letni moški z visoko izobrazbo pričakuje 7,3 leta daljše življenje kot moški z nizko izobrazbo in 4,3 leta krajše življenje kot 30-letna ženska z visoko izobrazbo, pa tudi 1,8 leta krajše življenje kot ženska z nizko izobrazbo. Ugotovljene razlike v zdravju so primerljive z neenakostmi v zdravju v drugih državah Evropske unije.



Nastanek večine kroničnih bolezni je mogoče uspešno preprečiti, saj imajo skupne dejavnike tveganja, na katere lahko z javnozdravstvenimi ukrepi vplivamo. Zato bo ministrstvo za zdravje **povečalo vlaganja v krepitev zdravja, preprečevanje dejavnikov tveganja in zgodnje odkrivanje bolezni**, kar vse dokazano prispeva k podaljšanju pričakovanih zdravih let življenja, k boljšim funkcionalnim sposobnostim v starosti ter k višji kakovosti življenja in krepitvi vzdržnosti sistemov javnih financ.

Okrepili bomo dejavnost promocije zdravja z namenom povečevanja znanja, veščin in zmognosti ljudi in okolij, da varujejo, krepijo in ohranjajo zdravje. Promocija zdravja vključuje različne strategije za zdrav življenjski slog in zdrava okolja in ne zgolj posamezne promocijske aktivnosti. Z ustvarjanjem ustreznih pogojev ter z izvajanjem programov varovanja in krepitve zdravja v vrtcih, šolah, v delovnih okoljih in lokalnih skupnostih bomo pomembno vplivali na zdravje in življenjski slog prebivalstva.

Nadalje bomo **krepiли preventivne programe v primarnem zdravstvenem varstvu** v kontekstu bolj učinkovitega obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Pri izvajanju teh programov (preventivni programi za otroke in mladostnike, preventiva srčno-žilnih in sladkorne bolezni s svetovanjem za zdrav življenjski slog, presejalni programi za najbolj pogoste oblike raka) bomo z aktivnimi pristopi zagotovili enako vključenost vseh relevantnih skupin prebivalstva, da bi tako preprečili neenakosti v zdravju, ki so posledica manjše odzivnosti zaradi socialne prikrajšanosti ali slabe informiranosti.

Ministrstvo za zdravje si bo prizadevalo za doseganje večjih sinergij med politikami različnih resorjev in za to, da **se zdravje uvrsti med razvojne cilje Slovenije in postane sestavni del politik vseh resorjev**. V sodelovanju s pristojnimi institucijami bomo v čim krajšem času postavili sistematično spremljane neenakosti ne samo v zdravstvenem kontekstu, temveč širše v kontekstu spremljanja napredka družbe in družbene blaginje. Vsaj en indikator zdravja v povezavi s socialno-ekonomskim statusom je treba vključiti v sistematično poročanje pri spremljanju izvajanja strategije razvoja Slovenije.

Za uspešno izvajanje teh nalog bomo **okrepili dejavnost izvajalcev javne službe na področju javnega zdravja, ki bodo** ministrstvu za zdravje in drugim resorjem zagotavljali strokovno podporo pri umestitvi zdravja v vse politike in spremljali neenakosti v zdravju. Poleg izvajanja ključnih funkcij javnega zdravja bodo v prihodnje v večji meri zagotavljali strokovno podporo vsem izvajalcem promocije zdravja in preventivnih programov, te programe spremljali in vrednotili. Mreža javnozdravstvenih zavodov bo postala pomemben partner in strokovna podpora tudi lokalnim oblastem in drugim deležnikom v lokalnih okoljih, saj imajo **lokalne skupnosti** vse večjo vlogo in pomen pri varovanju in krepitvi zdravja prebivalstva. Med najpomembnejšimi deležniki, ki lahko bistveno prispevajo k učinkovitosti vlaganj v promocijo zdravja ter hkrati znižujejo javne stroške, so **nevladne organizacije**. Ministrstvo za zdravje bo zagotavljalo pogoje za njihovo delovanje in mreženje ter krepilo njihove kapacitete s spodbujanjem bolj tesnega sodelovanja z izvajalci javne službe.

2. Finančna vzdržnost zagotavljanja zdravstvenega varstva

Sedanji sistem financiranja nas uvršča med države z največjim deležem zasebnih sredstev za zdravstvo – 26,9 odstotka. Delež zasebnih izdatkov se je po strmem porastu med letoma 2002 in 2005 ustalil in se giba na ravni med 27 in 28 odstotki celotnih izdatkov, kar je visoko v primerjavi z drugimi evropskimi državami. Po dolgem obdobju nizke rasti javnih vlaganj v zdravstvo je tako delež skupnih zasebnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v letu 2009 znašal 26,9 odstotka. V Sloveniji se posledično dostopnost do zdravstvenih storitev čedalje bolj opira na zasebne izdatke oziroma bolj natančno, na izdatke iz žepa. Izrazito bolj kot izdatki iz prostovoljnih zavarovanj so se namreč v zadnjih letih povečevali neposredni izdatki gospodinjstev oziroma izdatki iz žepa. Tako je v strukturi zasebnih izdatkov za zdravstvo v letu 2009 delež neposrednih izdatkov gospodinjstev znašal 47,4 odstotka (42,4 odstotka v letu 2003) in je že višji od deleža izdatkov iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (46,9 odstotka). Primerjava zasebnih izdatkov za zdravstvo na prebivalca po evropskih državah kaže, da je Slovenija med zgornjo tretjino držav glede na zasebne izdatke za zdravstvo.

V 2010 je ministrstvo za zdravje izdalo prenovljen oziroma dopolnjen **Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov.** Pravilnik je namenjen zagotavljanju preglednosti podatkov o čakajočih ter uravnavanju dostopa do zdravstvenih storitev. Na podlagi prenovljenega pravilnika čakalne seznime stalno spremljamo ter na podlagi aktualnih podatkov tako ocenjujemo, da znašajo potrebna sredstva za zagotovitev absolutne oziroma takojšnje dostopnosti do zdravstvenih storitev samo v akutni obravnavi 67 milijonov evrov. Iz podatkov je prav tako razvidno, da pri posameznih izvajalcih obstajajo čakalne dobe, ki so predolge in ki presegajo najdaljšo dopustno čakalno dobo. Da bi državljanom omogočili dostop do zdravstvenih storitev znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob, bi samo za ortopedske operacije potrebovali 28 milijonov evrov, za radiološke specialistične storitve in preglede pa 0,6 milijona evrov dodatnih sredstev v letu 2011. Za ostale specialistične storitve in preglede nimamo potrebnih podatkov za oceno potreb, v kolikor pa bi želeli čakalne dobe na specialistične preglede skrajšati za en mesec, pa bi potrebovali 10,3 milijona evrov. Za razvoj zdravstvenega sistema in uvajanje sodobnih zdravstvenih tehnologij potrebujemo po ocenah 15 milijonov evrov letno. Tako kot povsod po svetu se namreč tudi v Sloveniji srečujemo s staranjem prebivalstva, spremenjeno epidemiologijo, spremenjenimi vzorci obolevnosti kot posledico klimatskih sprememb ter večjo zahtevnostjo prebivalstva, ki je posledica globalizacije, večje razpoložljivosti informacij in višje izobraženosti prebivalstva. Tako se vedno večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah srečuje z omejeno ponudbo, ki je posledica omejenih virov sredstev za zdravstvene storitve. Čeprav je delež sredstev za zdravstvo v bruto domačem proizvodu (BDP) vedno odvisen tako do sredstev, ki jih namenjamo za zdravstvo, kot tudi od gospodarskega razvoja države (od števca in imenovalca v enačbi), pa je vendar ravno ta delež tisti, ki kaže prioriteto, ki jo področje zdravstva v državi ima. Ker je zdravje ena glavnih vrednot slovenske družbe, ne bi smeli dovoliti, da delež, ki se področju namenja, kadarkoli upade, ne glede na obdobje gospodarskega razvoja, v katerem se nahajamo. **Zato reforma zdravstvenega zavarovanja**



kot cilj postavlja povečanje deleža javnih sredstev na vsaj 80 odstotkov. Storitve, ki bi bile vključene v osnovno košarico storitev in ki so bile do sedaj le delno krite iz javnih sredstev, bi bile v celoti pokrite iz javnih sredstev.

V kolikor bi v javni sistem financiranja prenesli celotna sredstva oziroma premije, ki jih sedaj zberemo z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem (420 milijonov evrov), bi glede na ocenjene potrebe državljanov po zdravstvenih storitvah v letu 2011 zagotovili skorajda absolutno dostopnost do zdravstvenih storitev s popolno odpravo čakalnih dob. S prenosom tudi tistega dela zbranih premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki se v sedanjem sistemu porabi za stroške, rezerve in dobičke zavarovalnic, v javna sredstva, bi pokrili tako rekoč vse evidentirane potrebe državljanov po zdravstvenih storitvah. Na ta način bi ohranili nespremenjeno, široko definirano košarico pravic, ki bi bila časovno in geografsko dostopna državljanom. Delež javnih sredstev za zdravstvo bi se povečal (86 odstotkov), prav tako bi se zaradi prenosa zbiranja teh sredstev iz zasebnih virov v javne pomembno povečala prispevna stopnja (za 2,4 odstotne točke) ter obremenitev nekaterih skupin državljanov, ogrožena bi bila javnofinančna vzdržnost. Nerešen bi ostal problem omejevanja dodatnega povpraševanja in mehanizmov nadzora porabe zdravstvenih storitev.

Sedanja košarica pravic je krita tudi s 350 milijoni evrov iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, kolikor znašajo škode oziroma sredstva, ki jih zavarovalnice dejansko namenijo zdravstvenemu sistemu in državljanom. V kolikor bi v javna sredstva prenesli enaka sredstva kot jih dopolnilno zavarovanje zdravstvu namenja sedaj, bi državljanom ostalo 70 milijonov evrov, kolikor znaša razlika med zbranimi premijami in izplačanimi škodami. Sedanja košarica pravic bi ostala nespremenjena, ohranila pa bi se slaba dostopnost do zdravstvenih storitev. **Zato predlagamo ustrezno redefinicijo košarice v smislu zagotovitev pravočasnega in geografsko ustreznega dostopa do ključnih zdravstvenih storitev na račun izločitve nepotrebnih storitev za državljane ter racionalizacije in reorganizacije zdravstvenega sistema.** Ker državljanom ne bi bilo več treba plačevati premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, bi bilo potrebna sredstva nujno zagotoviti iz javnih virov – bodisi z dvigom prispevne stopnje delojemalcev za zdravstvo, ki se mora skladno z izračuni (2) povečati za dve odstotni točki oziroma bi se v primeru nižjega dviga prispevne stopnje razlika lahko krila iz proračuna. V študiji smo modelno predstavili posledice dviga prispevne stopnje na strani delojemalca za dve odstotni točki, kar bi zaradi nižje dohodninske osnove povzročilo letno zmanjšanje prilivov iz naslova dohodnine za približno 70 milijonov evrov letno. Prispevna stopnja za zdravstvo na strani delojemalca bi znašala 8,36 odstotka, skupna prispevna stopnja pa bi se dvignila na 15,45 odstotka.

V kolikor bi bil dosežen širši družbeni dogovor za oblikovanje nove košarice pravic, kjer bi bilo mogoče iz košarice izločiti nekatere socialne pravice ter zdravstvene storitve, ki za zdravje državljanov niso nujne (nekateri nenujni reševalni prevozi, zdraviliška zdravljenja, ki niso nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, nekatera zdravila z vmesne liste, itn.), bi bilo za kritje pravic iz košarice potrebno ustrezno manj sredstev. V tem primeru bi bilo potrebno zvišanje prispevne stopnje nižje, ustrezno nižji bi bil tudi izpad sredstev iz naslova dohodnine v državnem prora-

čunu. Tako bi se v primeru krčenja pravic v višini 60 milijonov evrov prispevna stopnja zvišala za 1,65 odstotne točke, izpad proračunskih sredstev pa bi bil 58 milijonov evrov.

Pri tem je treba poudariti, da povečanje prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje na strani delojemalcev znižuje neto plače in torej **ne pomeni neposredne dodatne obremenitve za podjetja, saj bi bruto plače ostale nespremenjene**. Učinek bi bil pozitiven tudi za delojemalce, ker bi večini zavarovancev kljub nekoliko nižjim neto plačam ostalo več razpoložljivega dohodka, saj jim ne bi bilo treba več plačevati premije za dopolnilno zavarovanje. Z ustreznim obveščanjem zavarovancev in s politično podporo sindikatov, ki načeloma podpirajo ukinitve sedanjega dopolnilnega zavarovanja, bi torej lahko zagotovili, da se stroški dela za delodajalce ne bi bistveno povečali.

Če želimo v Sloveniji zagotoviti konkurenčen in prožen sistem zdravstvenega varstva, ki bo razvojno usmerjen in istočasno finančno vzdržen ter bo zmožen zadostiti potrebam državljanov po zdravstvenem varstvu, je zato potrebno:

- **Postopno povečanje deleža BDP za zdravstvo na deset odstotkov do leta 2020**
- **Povečanje javnega deleža sredstev za zdravstvo na vsaj 80 odstotkov**

3. Učinkovito upravljanje z javnimi sredstvi ter ločitev javnega in zasebnega

Država mora kot upravitelj zdravstvenega sistema poskrbeti, da bo odnos med javnimi in zasebnimi izvajalci takšen, da interesi zasebnih izvajalcev ne bodo ogrozili ponudbe storitev iz košarice javnega zdravstva ter da bo ločitev med javnim in zasebnim delom jasna. Država bo zagotovila pregleden sistem izvajanja zdravstvenih storitev, da bo z ustrezno kontrolo izpolnjevanja pogojev in kvalitete zdravstvenih storitev tako zasebnih kot javnih izvajalcev zagotovljena čim višja možna dostopnost in kvaliteta zdravstvenih storitev prebivalcem.

Ločitev javnega in zasebnega mora med drugim potekati preko jasne opredelitve delovno-pravnega razmerja med delodajalcem in delavcem, pri čemer bosta morala delodajalec in delavec upoštevati izpolnitev z zakonom opredeljenih pogojev za izdajo soglasja za delo pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Soglasje bo podeljeno le izjemoma ob strogo postavljenih in vnaprej definiranih kriterijih. Delodajalec bo moral pri tem smotrno in kot dober gospodar oceniti, ali je podelitev soglasja primerna glede na izpolnjene pogoje iz pogodbe o zaposlitvi. Pri izdaji soglasja za delo pri izvajalcu zasebne zdravstvene dejavnosti bo treba upoštevati konkurenčni položaj izvajalca zdravstvene dejavnosti, pri katerem želi zdravstveni delavec opravljati zdravstvene storitve v odnosu na zavod, v katerem je zaposlen. Pogoji za so-



glasje za opravljanje storitev pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti je strogo spoštovanje delovne zakonodaje ter evidentiranje učinkovitega obsega dela v smislu količine in kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev.

Ker se je ureditev področja delovnih obveznosti ter količine dela zdravstvenih delavcev v javnih zdravstvenih zavodih v preteklosti pokazala kot problematična, je treba uvesti normative oziroma standarde dela zdravstvenih delavcev. Normativi so kategorija, ki bi morala izvirati iz pogodbenega razmerja med zdravstvenim delavcem in delodajalcem, zato je treba njihovo določanje prenesti na raven posameznega izvajalca, to je zdravstvenega zavoda. **Normative naj torej pripravi vodstvo posameznega javnega zavoda (lokalno), potrdi jih nadzorni svet, šele soglasje nanje pa lahko poda minister. Priprava normativov bo tako izvirala iz opredeljenega pogodbenega programa med javnim zdravstvenim zavodom in plačnikom (ZZZS) ter morebitnih dopolnilnih oziroma tržnih dejavnosti zdravstvenega zavoda.**

Dejavnost javnih zdravstvenih zavodov bi še naprej dopolnjevali tudi zasebni zdravstveni delavci, ki bi na podlagi pridobljene koncesije lahko vstopili v javno zdravstveno mrežo ter s tem pridobili možnost javnega financiranja. **Koncesijo za opravljanje javne zdravstvene dejavnosti se dodeli izvajalcu zasebne zdravstvene dejavnosti, kadar obstoječi izvajalci javne zdravstvene dejavnosti ne morejo izvesti zdravstvenih storitev v obsegu, kot ga narekujejo potrebe pacientov glede na mrežo javne zdravstvene dejavnosti. Edini namen podelitve koncesij ter njihovega javnega financiranja je zagotavljanje enakomerne dostopnosti, kar hkrati omogoča izvajanje storitev na kakovosten in varen način.**

Koncesija se podeli na podlagi jasnih kriterijev, ki jih mora izvajalec upoštevati (na primer verifikacija, akreditacija, itd.). S koncesijo izvajalec pridobi zgolj pravico opravljanja dejavnosti v javni zdravstveni mreži, medtem ko dodelitev javnega financiranja primarno ni predmet podeljene koncesije, temveč se podeli naknadno, na njeni podlagi. Izvajalec, ki je koncesijo pridobil, lahko za javno financiranje določenega programa kandidira na javnem razpisu. Predlagamo, da se tudi za koncesionarje uvede obvezno poročanje o poslovnih rezultatih, in sicer na letni ravni ministrstvu za zdravje, v obliki, ki ločuje opravljanje javne zdravstvene dejavnosti od zasebne. To določilo velja tudi za lekarniško dejavnost.

Javni zdravstveni zavod lahko tržno zdravstveno dejavnost izvaja zgolj v okviru kapacitet (prostor, oprema, kadri), ki niso financirane s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja in ostajajo neizkoriščene. Uporaba teh kapacitet v okviru tržne zdravstvene dejavnosti javnega zdravstvenega zavoda (tujci, samoplačniki) je smotrna z vidika optimizacije stroškov in zagotavljanja dodatnih virov za izvajanje temeljne dejavnosti. Investiranje javnega zdravstvenega zavoda v kapacitete, namenjene zgolj tržni zdravstveni dejavnosti, ni dopustno in primerno.



Za zagotovitev jasne in pregledne razmejitve med opravljanjem javne in zasebne dejavnosti posameznega javnega zavoda (ali koncesionarja), se uvede stroge kriterije ločenega računovodstva in evidentiranja posamezne dejavnosti, pri čemer mora ločena evidenca zagotavljati pregleden izkaz poslovanja javne službe in izkaz poslovanja tržne oz. dopolnilne dejavnosti. To je mogoče preko posebnih profitnih centrov za izvajanje tržne dejavnosti znotraj javnega zavoda ali preko pregledno ločenega računovodstva.

Brez avtonomije zavodov ni mogoče pričakovati izboljšav pri upravljanju in poslovanju javnih zavodov. Zato se javnim zdravstvenim zavodom omogoči avtonomno in odgovorno razpolaganje s premoženjem, vzpostavi odgovornost menedžmenta za poslovanje v skladu s sprejetimi poslovnimi načrti in uravnoteženo poslovanje, upošteva razpoložljive vire, ter optimizacijo in racionalizacijo na področju kadrovske politike (možnost izločitve delavcev iz sistema plač v javnem sektorju, približanje javnih zdravstvenih zavodov obliki javnih podjetij s popolnimi pristojnostmi in odgovornostmi). S takšnim preoblikovanjem javnih zavodov se lahko namreč učinkovito rešijo problemi plačne uravnilovke, kadrovskega deficita, organizacije in plačila neprekinjenega zdravstvenega varstva, soglasij za delo pri drugem delodajalcu, razmejitev zasebnega in javnega ter problematika sedanjega neobstoja normativov za delo. Zaposleni morajo biti plačani v skladu z rezultati opravljenega dela, ki zajemajo tako količino kot tudi kakovost opravljenih storitev.

Javne zdravstvene zavode vodi uprava, ki jo sestavljajo direktor in omejeno število pomočnikov direktorja. Za večje javne zdravstvene zavode, kjer direktor zaradi profesionalnosti ter obremenitev vodenja ne more opravljati funkcije v manjšem obsegu od polnega delovnega časa, se zahteva zaposlitev direktorja za polni delovni čas, pri čemer pa se dopusti opravljanje zdravstvenih storitev v okviru dopolnilnega dela (največ v višini dodatnih 20 odstotkov rednega dela). V manjših javnih zdravstvenih zavodih je treba omogočiti delo direktorja tudi z zaposlitvijo za krajši delovni čas od polnega delovnika. **Z združevanjem zavodov bomo stremeli k zmanjševanju števila uprav in večjim zavodom.**

Strokovni svet postane posvetovalni organ strokovnega direktorja, ki mu predlaga strokovne prioritete, pri čemer strokovni svet oblikuje in imenuje strokovni direktor. Strokovnega direktorja imenuje poslovni direktor, potrdi pa ga nadzorni svet.

Sveti zavodov bodo morali prevzeti ključne naloge nadzora nad učinkovitostjo poslovanja in izvajanja programa, določenega s finančnim načrtom, pogodbo s plačnikom in strategijo zavoda. Plačnik v svetu zavoda svoj interes uveljavlja preko pogodbenega razmerja med javnim zdravstvenim zavodom in ZZS, njegova udeležba v nadzornem svetu pa je v morebitnem konfliktu interesov. **Zato predlagamo, naj ima v nadzornih svetih večino predstavnikov ustanovitelj, člane pa imenujejo še »uporabniki« in zaposleni.**



O upravljanju s celotnim sistemom zdravstvenega varstva, ki zadeva program zdravstvenih storitev, njegovo vrednotenje in pogoje izvajanja, odločajo na podlagi pogajanj interesno organizirani zdravstveni partnerji, ki so za to tudi odgovorni. Zdravstveni partnerji (Ministrstvo za zdravje RS, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, predstavniki izvajalcev) vsako leto sprejmejo splošni dogovor. Splošni dogovor predstavlja pravno podlago za formalno in vsebinsko sklepanje pogodb med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev.

Izkušnje zadnjih desetih let kažejo, da sedanji postopek partnerskih dogovarjanj ni učinkovit. **Zato bo ministrstvo za zdravje kot upravljalec sistema zdravstvenega varstva in usmerjevalec zdravstvene politike za vsako leto pripravilo dokument, kjer bodo zapisani cilji, ki jih morajo doseči ZZZS in izvajalci v postopku dogovarjanja.** Način sprejemanja tega dokumenta ne bo več temeljil na popolnem soglasju zdravstvenih partnerjev, temveč na pglavitni vlogi plačnika, ki preko vnaprej standardiziranega postopka sprejema predloge sprememb. ZZZS bo tako dobil in moral prevzeti aktivnejšo vlogo in odgovornost, da bo z zbranimi sredstvi zagotovil zadostni obseg kakovostnih storitev iz košarice.

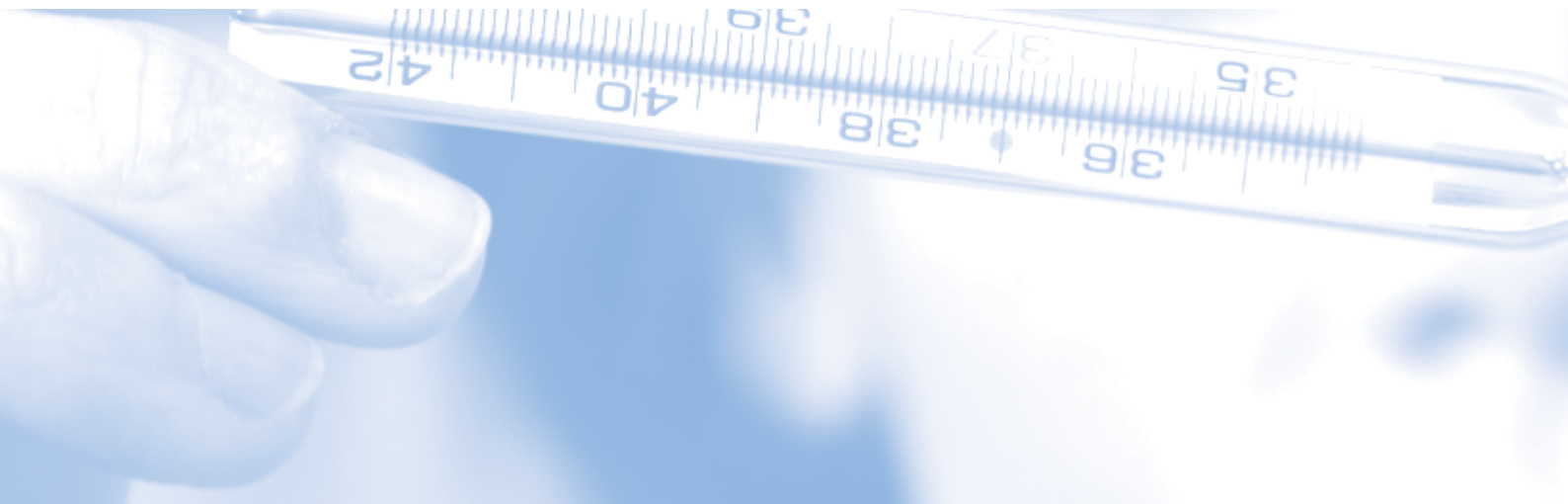
Zavod mora biti aktiven naročnik storitev, skrbeti mora za njihovo kakovost, varnost, dostopnost in učinkovitost ter imeti nadzor nad zadostnostjo obsega, varnostjo in kakovostjo naročenih storitev, ki jih plačuje.

Reorganizacija ZZZS pa bo potekala v smeri prenosa večje odgovornosti na območne enote, decentralizacije posameznih funkcij in zmanjšanja števila izpostav, kjer te niso zadostno obremenjene.

4. S potrebami državljanov usklajeno vlaganje v človeške vire in zdravstvene tehnologije

Slovenija je del širšega evropskega prostora. EU ji predstavlja dodatne izzive in priložnosti, ki jih bo treba upoštevati in hkrati ustrezno ovrednotiti in izkoristiti z različnih vidikov upravljanja s človeškimi viri v zdravstvu. Čeprav zdravstveni sistemi ostajajo v pristojnosti posameznih držav, je očitno, da države vidijo priložnost v sodelovanju na ravni EU tudi na tem področju, predvsem v izmenjavi dobrih praks in iskanju skupnih rešitev, kjer problemi presegajo nacionalne okvire, kot so migracija delovne sile in poenotenje kvalifikacij za zdravstvene delavce.

Za Slovenijo ni značilna velika migracija zdravstvenih delavcev, ki sicer predstavlja velik izziv in tudi priložnost za večino držav EU. Odliv zdravstvenih delavcev zaenkrat ni velik, zaposlovanje tujcev pa je omejeno, verjetno ne, kot radi razmišljamo, zaradi prezahtevnih pogojev, ampak



bolj zaradi neugodnega razmerja med dohodkom in življenjskimi stroški.

Ministrstvo za zdravje želi uvesti ustrezne pozitivne vzpodbude, delegirati nekatere kompetence na druge ravni ali drugim zdravstvenim profilom ter vzpodbuditi nove oblike sodelovanja med profili in vzpodbuditi timsko delo.

V posameznih strokah že danes razvijamo nove profile in usposabljanja ter nove oblike sodelovanja med različnimi profili. Za odpravljanje nesorazmerij v kadrovske pokritosti in zagotavljanje celovitosti zdravstvene obravnave v prihodnje, potrebujemo **dolgoročno načrtovanje zagotavljanja in izobraževanja zdravstvenih profilov**, ki bo dopuščalo hitro prilagajanje potrebam po novih kadrih in znanjih in bo tudi bolje povezovalo posamezne učne ustanove. Povezovanje med različnimi profili mora postati del učnega procesa.

Načrtovanje delovne sile, ki je bilo včasih predvsem omejeno na zagotavljanje ustreznega števila zdravstvenih delavcev, mora upoštevati različne dejavnike, kot so potrebe po novih znanjih, spremenjene kompetence posameznih zdravstvenih profilov, zahteve nove tehnologije in spremenjen način dela ter mednarodni kontekst.

Na ministrstvu za zdravje bomo ustanovili oddelek, ki bo koordiniral in zagotavljal **sprejemanje stroškovno učinkovitih zdravstvenih tehnologij v sistem javnega financiranja**. Sprejemanje stroškovno učinkovitih tehnologij prinaša velike prihranke v sistem, oddelek pa bo skrbel za sprotno spremljanje in zagotavljanje protokolov, mednarodnih smernic za izdelavo in adaptacijo tujih študij vrednotenja zdravstvenih tehnologij, za pregled prihoda novih zdravstvenih tehnologij v slovenski prostor ter evalvacije starih tehnologij in njihovo sprotno izločanje iz sistema javnega financiranja. Vrednotenje zdravstvenih tehnologij bo služilo kot opora Komisiji za razvrščanje zdravil na liste ter Zdravstvenemu svetu RS, ki bo oblikoval predloge za uvrščanje zdravstvenih tehnologij v sistem javnega financiranja.

Vlaganje v opremo in zavode v slovenskem zdravstvu se nanaša na investicije v javne zdravstvene zavode, ki so v osnovi starejši objekti, arhitekturno in prostorsko-tehnološko zastareli, energetskega potratni ter prostorsko neustrezni.

Kot je razvidno tudi iz Nacionalnega razvojnega programa, Republika Slovenija večino svojih investicijskih potencialov, ki so namenjeni za posodobitev zdravstvene infrastrukture, usmerja v drago obnavljanje obstoječih starih objektov oziroma gradi prizidke k obstoječim zastarelim ter tehnološko in neracionalno organiziranim objektom. Kljub visokim investicijskim stroškom vložki tako ne dosegajo pričakovanih učinkov in dolgoročno ne omogočajo učinkovitega in racionalnega izvajanja programov, ne rešujejo problema pomanjkanja kadra, energetske učinkovitosti, varstva okolja in racionalizacije arhitekturno prostorskih rešitev (in vpetosti v prostor-



sko infrastrukturo).

V letu 2011 bo ministrstvo za zdravje pripravilo koncept strateških izhodišč organizacije zdravstvene mreže na sekundarnem nivoju. **Koncept bo osnova za izvedbo projektov potrebnega števila tipskih regionalnih splošnih bolnišnic – predvidoma do sedem, ki bodo v celoti standardizirane, po velikosti in kapacitetah pa prilagojene potrebam posamezne regije.** Pri tem bodo upoštevani različni vidiki, od prostorskih, števila prebivalstva in števila gravitirajočih bolnikov, kot tudi vpetosti v okolje in okoljsko infrastrukturo. Ti objekti lahko celovito rešijo prostorske zahteve za izvajanje zdravstvene dejavnosti na sekundarnem nivoju, obstoječa prostorska infrastruktura pa lahko služi za potrebe negovalnih bolnic, domov za starejše ali zadovoljevanju drugih potreb prebivalstva. Koncept je skladen s prioritetami na področju zdravstvenega varstva v smislu prilagajanja sistema zdravstvenega varstva potrebam državljanov.

V ta namen pripravljamo projektno nalogo, v kateri bomo opredelili celovit koncept strateških izhodišč organizacije zdravstvene mreže na sekundarnem nivoju v Republiki Sloveniji, in bo služila kot osnova za izvedbo regionalnih – tipskih bolnišnic.

Za izboljšanje učinkovitosti področja investicij obstaja več možnosti. Ena možnost je, da se ob ustrezni preureditvi lastniško-pravnih razmerij in sistema financiranja investicijsko področje v celoti prenese na raven posameznih zavodov. Predlagani sistem ima prednosti, ker s tem prenaša odgovornost na izvajalce, na upravo in s tem verjetnost večje racionalnosti pri načrtovanju in izvajanju investicij.

Druga možnost v tem okviru je institucionalno samostojna ureditev področja investicij, kot na primer ustanovitev Agencije za investicije v javno zdravstvo. Predlagani način bi zagotovil večjo strokovnost, preglednost, učinkovitost, uravnoteženost razvoja in neposredno navezanost na financiranje iz javnih sredstev.

Vloga ministrstva za zdravje kot upravljalca zdravstvenega sistema ostaja oblikovanje in izvajanje politik, skrb za vzpostavitev in razvoj mreže, obravnava in potrditev načrta investicij za celotno državo ter kontrola porabe sredstev.

5. Optimizacija pretoka podatkov, informacij in analiz

Eno ključnih vlog pri doseganju osnovnih strateških ciljev in želenih sprememb zdravstvenega sistema bo odigral proces informatizacije, saj je potreba po izrabi informacijske tehnologije zaradi spreminjajočega se okolja močno prisotna, hkrati pa je z informatizacijo možno realizirati številna pričakovanja glede povečanja kakovosti, uspešnosti, ekonomičnosti, delovne učinkovitosti in fleksibilnosti. Uporaba informacijske tehnologije aktivno spreminja oziroma povečuje vlogo pacienta pri njegovi zdravstveni oskrbi in ga postavlja v središče, hkrati pa zagotavlja infrastrukturo za izmenjavo podatkov, ki so osnova za celostno in kontinuirano obravnavo pacienta, ko ta potuje skozi zdravstveni sistem. Z namenom razvoja zdravstvene informatike na nacionalnem nivoju, ki bo omogočala kvalitetno podporo predvsem državljanom in tudi celotnemu zdravstvenemu sistemu, je bil vzpostavljen projekt eZdravje, ki ga sofinancira Evropski socialni sklad.

Informatizacija bo omogočila lažjo mobilnost in povečano varnost pacientov, zdravstvena obravnava se bo bolje prilagodila pacientovi potrebam. Zdravstvenim strokovnjakom bo omogočen dostop do različnih elementov elektronskega zdravstvenega zapisa pacienta, do elektronskih rentgenskih slik in drugih izvidov, strokovnih virov (medicinske e-knjžnice) in izobraževanja (izobraževanje na daljavo). Tudi menedžerji in upravljalci bodo imeli dostop do strokovnih, organizacijskih in ekonomskih informacij, kar jim bo olajšalo sprejemanje odločitev.

Izboljššan bo pretok informacij med subjekti znotraj in zunaj zdravstvenega sistema, omogočen bo dvig kakovosti dela, racionalizirali se bodo stroški zdravstvenih storitev ter podprta bo interoperabilnost v državi in prek meja. Informatizacija bo omogočala uporabnikom dostop do pravih, njim prilagojenih informacij preko zdravstvenih portalov, izmenjavo mnenj z zdravstvenimi strokovnjaki preko varne e-pošte ter možnost oskrbe na domu in metod zdravljenja na daljavo. V ta namen ministrstvo za zdravje predlaga ustanovitev Centra za informatiko ter telemedicino v zdravstvu, ki bo gojil atmosfero multidisciplinarnega in inovativnega sodelovanja v zdravstvu. Glavni namen centra bo razviti in zbrati inovativne komunikacijske tehnologije ter jih povezati z interdisciplinarnim sodelovanjem med zdravstvenim osebjem, tehnološkimi strokovnjaki, izboraževalci, raziskovalci in znanstveniki, ki bodo iskali rešitve za večjo dostopnost do zdravstvenih storitev v Sloveniji.

**Literatura:**

1. Majcen B., Čok M., Ogorevc M.: Ocena posledic uvedbe zgornje meje za osnovo prispevkom za socialno varnost. Inštitut za ekonomska raziskovanja, Ljubljana, 2010
2. Čok M., Majcen B.: Ocena posledic prenosa dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v obvezno zdravstveno zavarovanje. Inštitut za ekonomska raziskovanja, Ljubljana, 2010

Akcijski načrt

Prioritetna razvojna področja	Prioritete	Nosilci	Rok	Kazalniki in ciljne vrednosti
Zagotavljanje geografske dostopnosti	Horizontalno povezovanje posameznih dejavnosti zdravstvenih zavodov na primarni ravni	MZ, izvajalci	kontinuirano	Vzpostavitev 5 urgentnih centrov primar –sekundar letno
	Horizontalno povezovanje posameznih dejavnosti zdravstvenih zavodov na sekundarni ravni	MZ, izvajalci	kontinuirano	Podpis 10 sporazumov o področnem sodelovanju letno
	Vertikalno povezovanje posameznih dejavnosti zdravstvenih zavodov med primarno in sekundarno ravno	MZ, izvajalci	kontinuirano	Ukinitiv 5 uprav letno
	Priprava strategij razvoja posameznih dejavnosti zdravstva (ginekologija, pediatrija itd.)	Posamezne dejavnosti	2011-2013	Boljše vrednosti kazalnikov kakovosti zaradi povezovanja znanja
	Spremljanje učinkov mreženja in povezovanja ter nadaljnje povezovanje v smislu večjih in močnejših regionalnih centrov	Izvajalci	kontinuirano	
Zagotavljanje kakovostne dostopnosti	Vzpostavitev sistema za stalno spremljanje kakovosti	MZ	2012	Poročani in uporabljeni kazalniki kakovosti
	Spremljanje kazalnikov kakovosti in njihova primerjalna analiza ter objava	MZ, izvajalci	letno	Izboljšanje kazalnikov kakovosti
	Letno poročanje o spremljanju kazalnikov kakovosti	MZ, izvajalci	letno	Uvedba HRQoL kazalnikov po programih 5 akreditiranih zavodov do leta 2012
	Vzpostavitev merjenja z zdravjem povezane kakovosti življenja	MZ	2012	100 referenčnih ambulant do 2011
	Ankete o spremljanju zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami	MZ	letno	50 učnih ambulant do 2011
	Akreditacija zdravstvenih zavodov	MZ, izvajalci	letno	
	Informatizacija poročanja	MZ, izvajalci	2011	
	Informatiziran pretok informacij	MZ, izvajalci	2012	

Zagotavljanje finančne in alokacijske dostopnosti	Vzpostavitev HTA koordinacijskega telesa na nacionalni ravni (oddelek MZ) ter vzpostavitev mreže	MZ	2011	10 ovrednotenih zdravstvenih tehnologij letno Sprejete smernice in standardni postopki za vrednotenje tehnologij Vsaj 80 odstotkov javnih sredstev za zdravstvo v 2012 Določitev košarice pravic 2011 Določitev prispevnih osnov 2011 Ukinitve DZZ 2012 Nova dodatna zavarovanja 2012 Čakalne dobe ne presegajo dopustnih Rezultati poslovanja JZZ Datum sklepanja pogodb Število izpostav Štroski poslovanja glede na FN ZZS Število spornih vprašanj Standardizirane bolnišnice do 2020
	Uvedba sistemskega vrednotenja HTA in sprejem Pravidnika o vrednotenju zdravstvenih tehnologij	HTA telo	2011	
	Sprejem smernic za izdelavo ekonomskih analiz v okviru vrednotenja zdravstvenih tehnologij	HTA telo	2012	
	Čakalne dobe v skladu s Pravilnikom	IVZ, izvajalci	2011	
	Pregled pravic v košarici	MZ	2011	
	Združevanje pravic v vsebinske sklope (storitve, denarne dajatve, spremstvo, zdraviliško zdravljenje itd.)	MZ, ZZS, ZS	2011	
	Izločitev pravic, ki niso zdravstvene narave	MZ, ZZS, ZS	2011	
	Določitev standardov definiranih pravic	MZ, ZZS, ZS	2011	
	Finančno ovrednotenje nove košarice	ZZS	2011	
	Spodbujanje novih prostovoljnih zavarovanj za nadstandardne pravice	Zavarovalno združenje	2011	
	Povečanje deleža javnih sredstev v sistemu OZZ preko redefiniranja prispevnih osnov in kategorij zavarovancev, povečanja prispevne stopnje	MZ, MF	2011	
	Povečanje javnih sredstev za zdravstvo iz državnega proračuna	MZ, MF	2011	
	Pridobivanje zasebnih sredstev preko dodatnih prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj	Zasebne zavarovalnice	kontinuirano	
	Upravljanje zdravstvenih zavodov – definicija nadzornih svetov, članstva, nalog in odgovornosti	MZ	2011	
	Analiza učinkovitosti poslovnih procesov in poslovanja znotraj ZZS	ZZS	2010-2011	
	Prenos nalog in odgovornosti na OE ZZS	MZ, ZZS	2011	
	Postavitev kriterijev za učinkovito delovanje izpostav posameznih OE	MZ, ZZS	2011	
	Sprememba postopka tripartitnih pogajanj in določitev vlog in odgovornosti posameznih deležnikov	partnerji	2011	
	Avtonomizacija javnih zavodov ter plačevanje zaposlenih v skladu z rezultati dela	MZ, izvajalci	2011	