



ZDUS

Izhodišča za strategijo razvoja sistema zdravstvenega varstva



pripravil mag. Martin Toth, dr. dent. med.

Kazalo

Predgovor	3
Izhodišča za strategijo razvoja sistema zdravstvenega varstva	5
Uvod	5
Strateško načrtovanje zdravja	5
Najpomembnejši deležniki v sistemu zdravstvenega varstva in njihove vloge	7
Potrebne spremembe v obveznem zdravstvenem zavarovanju	10
Dogovarjanje med ZZZS in izvajalci	11
Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	13
Spremembe v zdravstveni dejavnosti	15
Javno ali zasebno zdravstvo?	16
Zaključek	18

Predgovor

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje splet fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja posameznika. Ne glede na to, da takega zdravja ni, je z različnimi ukrepi in aktivnostmi mogoče ohranjati in krepiti zdravje, ki ga posameznik ima. Vsi ukrepi za doseganje boljšega zdravja ne morejo preprečiti nastanka in pojava bolezni z vsemi njenimi posledicami. Z namenom krepitve in ohranitve zdravja se je razvil sistem zdravstvenega varstva, ki zagotavlja ljudem pomoč v prizadevanjih za čim boljše ohranjanje zdravja in vključevanja v razne aktivnosti. Ti sistemi se po posameznih državah razlikujejo. Naš sedanji sistem zdravstvenega varstva je nastal v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja. Po več kot dveh desetletjih in pol so nujne spremembe in sodobnejše rešitve v ureditvi zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenih dejavnostih. O tem, kakšne spremembe in na katerih ožjih področjih so potrebne, so mnenja javnosti zelo različna. Pričujoča pobuda za spremembe sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja je ena od mnenj, ki zagotovo ni edina in ne za vse sprejemljiva.

Spremembe na področju zdravstvenega zavarovanja bi morale omogočiti, da bi bil nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja znotraj zakonsko določenih okvirov avtonomen in za svoja dejanja tudi odgovoren. Po sedanji ureditvi samostojno opravlja le naloge, za katere tako izrecno določa zakon, za vsa ostala področja mora pridobiti soglasje Ministrstva za zdravje ali Vlade, ki lahko sklepe njegovih organov upravljanja spremenita. Nasploh so pristojnosti in odgovornosti glavnih partnerjev v zdravstvenem sistemu povsem pomešane. Ministrstvo, npr. pri urejanju odnosov med nosilcem zavarovanja in predstavniki izvajalcev, nastopa v treh vlogah. Najprej določa okvire za financiranje zdravstvenih storitev in drugih pravic iz naslova obveznega zavarovanja, nato se vključuje v dogovarjanja in pogajanja med nosilcem zavarovanja in izvajalci in na koncu arbitraža, v kateri ima odločilno besedo. Nesprejemljivo je delovanje Ministrstva pri določanju mreže javne zdravstvene dejavnosti. Razvoj mreže izvajalcev je prepuščen v celoti izvajalcem, čeprav bi le-to morala že pred skoraj 20 leti določiti država. Ta ne temelji na obsegu (količini) in zahtevnosti opravljenega dela ter doseganju ciljev sistema, temveč na nekaterih pavšalnih ali razvrstitvah v plačne razrede, ki veljajo za javne uslužbence.

Sprememb so potrebne tudi opredelitve, ki urejajo pravice zavarovanih oseb na področju zdravstvenega zavarovanja. Le-te bi moral urediti zakon in zakonodajalec. V resnici so te v zakonih določene le ohlapno, podrobneje pa

jih urejajo splošni akti nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja. Druga pomanjkljivost v pravni ureditvi pravic zavarovanih oseb iz naslova obveznega zavarovanja pa je predpostavka, da je na solidarnostni način in v okviru obveznega zavarovanja mogoče zagotoviti vsem vse storitve in pravice do storitev, ki jih zmorejo izvajalci. Zato je potrebno pripraviti nekatere spremembe v obsegu pravic in postopkih njihovega uresničevanja. Že dalj časa je tudi znano, da so potrebne spremembe v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju in sploh na področju prostovoljnih zavarovanj.

Brošura ni namenjena kritiki sistema ali tistih, ki so ga vzpostavili oziroma ga vodijo. Ponuja namreč predloge rešitev, ki bi bili možni in nujni za povečanje uspešnosti in učinkovitosti sistema v dobro ljudi. Je dobrodošla podlaga pripravljavcem zdravstvene reforme in potrebnih sprememb v sistemu.

Predsednica Komisije
za zdravstveno varstvo pri ZDUS
Mag. Rosvita Svenšek

Izhodišča za strategijo razvoja sistema zdravstvenega varstva

Uvod

Zdravje je največja vrednota, saj dobro zdravje predstavlja podlago za uspešno učenje, delo, prosti čas in za vse aktivnosti v življenju posameznika, v družini in družbi in za splošno blagostanje posameznika. Vse človeške družbe posvečajo vprašanju zdravja in njegovi ohranitvi posebno pozornost in izvajajo razne aktivnosti ter ukrepe za krepitev, ohranitev oziroma povrnitev zdravja. V sodobnem svetu in času zdravje in bolezen vse bolj dobivata tudi svojo ekonomsko dimenzijo. Dobro in boljše zdravje sta namreč pogoj za ustrezno oziroma večjo storilnost posameznika oziroma družbe in s tem za njuno materialno blagostanje. Boljše zdravje ima vidno vlogo na sposobnosti in ustvarjalnost posameznika in družbe kot celote in s tem praviloma tudi na ustvarjanje večjega dohodka in blagostanja. Večji dohodek pa pod določenimi pogoji omogoča tudi boljše razvojne možnosti sistemu zdravstvenega varstva. Za doseganje čim večje uspešnosti in učinkovitosti tega sistema je zato potrebno usklajeno delovanje vseh navedenih področij in deležnikov, pri čemer jih mora voditi isti skupni cilj. To pa je čim boljše zdravje prebivalstva.

Glede na to, da smo starejši zdravstveno najbolj ogroženi in potrebni zdravstvene pomoči, smo tudi najbolj zainteresirani za ustrezno ureditev sistema zdravstvenega varstva in njegovo čim večjo učinkovitost in uspešnost. V ta namen dajemo načrtovalcem sprememb v sistemu zdravstvenega varstva predloge za potrebne zakonske spremembe in novo ureditev, ki bo, bolj kot sedanja, naravnana na zadovoljevanje potreb ljudi in na ekonomske in socialne možnosti družbe in pričakujemo, da bi jih bodo upoštevali.

Strateško načrtovanje zdravja

Boljše zdravje je možno doseči z ustreznimi individualnimi ukrepi posameznika, ki morajo biti podprti tudi z ukrepi znotraj družine, lokalne skupnosti, delovnega kolektiva, države, v določenih pogledih pa tudi v širšem okolju. Takšne ukrepe je potrebno načrtovati in izvajati na vseh navedenih ravneh in okoljih. To morajo upoštevati politiki in vsi drugi deležniki v sistemu zdra-

vstvenega varstva. Za povezavo in koordinacijo teh aktivnosti je potrebno strateško načrtovanje zdravja oziroma sistema zdravstvenega varstva na ravni države v najširšem smislu besede, njegov nosilec naj bi bilo ministrstvo za zdravje. Kljub dejstvu, da je to že dolgo znano, v Sloveniji nismo uspeli pripraviti in sprejeti konkretnega strateškega načrta sistema zdravstvenega varstva, ki bi določal cilje, naloge, njihove nosilce ter zadovoljive pravne in materialne okvire zanj. Sprejemali smo dokumente, ki so bili več ali manj resolucije, ki so nakazovale na potrebne ukrepe za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja, a so bile vse te deklarativne, brez konkretnih ciljev, nalog, virov in njihovih nosilcev in brez izvedbe. Zato tudi niso prinesle potrebnih sprememb sistema in njegove večje uspešnosti. Nasprotno, splošno nezadovoljstvo s sistemom zdravstvenega varstva se je iz leta v leto povečevalo.

Strateško načrtovanje sistema zdravstvenega varstva mora za obdobje prihodnjih 6 do 8 let predvideti:

- dolgoročne in srednjeročne zdravstvene in druge ukrepe ter aktivnosti oziroma programe za izboljšanje zdravja prebivalstva, še zlasti njegovih najbolj izpostavljenih skupin ter njihove nosilce in cilje, ki naj bi jih dosegli;
- potrebne vire (kadrovske, prostorske, finančne) za izvajanje programov;
- pristojnosti, odgovornosti in naloge posameznih deležnikov (delodajalcev, lokalnih skupnosti, države, nosilcev zavarovanja, organizacij, izvajalcev zdravstvenih storitev) za uresničevanje nalog in programov zdravstvenega varstva in zavarovanja;
- sistem solidarnostnega oziroma vzajemnega zdravstvenega zavarovanja oziroma zagotavljanja socialne varnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom, ki bosta prilagojena novim potrebam in možnostim slovenske družbe v prihajajočih letih;
- cilje, ki jih morajo doseči posamezni deležniki v sistemu pri izboljšanju zdravja, dostopnosti do zdravstvenih storitev, pri uresničevanju solidarnosti in racionalizaciji v delovanju sistema.

Celotno strateško načrtovanje mora potekati vzporedno s pripravo nove zakonodaje področja zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti oziroma predstavljati prvo fazo reforme. Ta mora usmerjati celotno družbo oziroma njene deležnike k boljšemu zdravju in možnostim doseganja dobrega zdravja za vse. Zato so potrebne strokovne in nove, posodobljene zakonske opredelitve o:

- sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- zasebnem zdravstvenem zavarovanju;

- organizaciji, vodenju in upravljanju zdravstvenih dejavnosti in zavodov;
- razmejitvi javne in zasebne zdravstvene dejavnosti oziroma določitvi pogojev in možnosti za javno-zasebno partnerstvo v izvajanju zdravstvene dejavnosti;
- definiranju pristojnosti in nalog države in lokalnih skupnosti v zdravstvenem sistemu;
- področju varnosti in zdravja pri delu ter dolgotrajne oskrbe in njuni razmejitvi od zdravstvenega zavarovanja;
- razmejitvi oziroma o določitvi pristojnosti in obveznosti v zdravstvenem zavarovanju med izvajalci zdravstvenih storitev, državo, občinami, nosilcem zdravstvenega zavarovanja;
- načinu urejanja odnosov med nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja in izvajalci javne zdravstvene dejavnosti.

Najpomembnejši deležniki v sistemu zdravstvenega varstva in njihove vloge

V sistemu zdravstvenega varstva so najpomembnejši deležniki:

- država, Vlada oziroma pristojno ministrstvo,
- nosilci in izvajalci javnega obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- nosilci in izvajalci privatnih zdravstvenih zavarovanj,
- združenja oziroma organizacije izvajalcev.

Vloge teh deležnikov morajo biti razmejene z zakonom, tako da **Vlada oziroma ministrstvo, pristojno za zdravstveno varstvo:**

- *sprejema zakone, ki urejajo področje zdravstvenega zavarovanja in dejavnosti,*
- *opredeljuje pravice in obveznosti do obveznega (javnega) zdravstvenega zavarovanja;*
- *določa dolgoročne in kratkoročne finančne okvire za uresničevanje javnega zavarovanja oziroma za zagotavljanje z zakonom določenih pravic;*
- *ustanavlja javne zdravstvene zavode oziroma zagotavlja potrebne zdravstvene zmogljivosti za opravljanje storitev, ki jih krije javno zavarovanje ali proračun ter v tem okviru določa merila za mrežo izvajalcev, ki opravljajo storitve za javni sistem;*
- *financira programe javnega zdravja in nekatere druge naloge;*
- *nadzoruje izvajanje zakonov.*

Nosilci javnega, socialnega zavarovanja:

- izvajajo obvezno zavarovanje in vodijo vse v zvezi s tem potrebne postopke,**
- določajo standarde pravic in postopke njihovega uresničevanja,**
- sklepajo dogovore in pogodbe z izvajalskimi organizacijami in združenji, s katerimi opredelijo obseg in vrsto storitev, ki jih bodo le-ti opravili za zavarovane osebe, način financiranja ter druge medsebojne obveznosti,**
- opravljajo nadzor nad uresničevanjem pravic zavarovanih oseb.**

Predstavniki izvajalskih organizacij in združenj:

- določajo in skrbijo za strokovne standarde zdravstvenih dejavnosti (doktrina, klinične poti in smernice),**
- predlagajo delovne programe zdravstvenih storitev in dejavnosti, ki naj bi bili financirani iz javnih sredstev,**
- kot enakopravni partner sodelujejo v pogajanjih z nosilcem javnega zdravstvenega zavarovanja o programih, o njihovem vrednotenju in načinu financiranja iz javnih sredstev in o drugih medsebojnih pravicah in obveznostih.**

Kljub temu, da so navedene pristojnosti in odgovornosti posameznih deležnikov opredeljene v veljavnih predpisih, sistem ne deluje skladno z letimi. Priča smo dejstvu, da se zakonske naloge sploh ne uresničujejo, ali pa se pristojnosti navedenih deležnikov sistema mešajo. Država oziroma Ministrstvo za zdravje namreč kljub zakonskemu določilu tudi po več kot 15 letih ni določila mreže javne službe ali merila za njo. Država tudi neopravičeno posega v pristojnosti preostalih dveh deležnikov v sistemu, a hkrati zanemarja lastne naloge. To zmanjšuje učinkovitost celotnega sistema in odgovornost posameznih nosilcev posameznih nalog. O tem govorijo dejstva. Z ustavo in zakoni je v Sloveniji uvedeno obvezno, javno, socialno zdravstveno zavarovanje. Po teh predpisih ima Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) določena pooblastila v izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja in s tem v zvezi določeno avtonomijo in tudi pristojnosti. V okviru le-teh naj bi skladno z zakonom z ZZZS in njegovimi sredstvi upravljali izvoljeni predstavniki plačnikov prispevkov in zavarovanih oseb. Namesto tega država (Vlada, Ministrstvo za zdravje) z raznimi nesistemskimi ukrepi vse bolj omejuje avtonomijo ZZZS in sama prevzema nekatera njegova pooblastila:

- s tem, ko mora ZZZS praktično za vsak pomembnejši akt dobiti soglasje ministrstva za zdravje ali Vlade, ki poleg soglasja neredko nastopata v vlogi odločevalca in neredko na ta način odločita drugače kot predstavniki delodajalcev in zavarovancev v organih upravljanja ZZZS. Primerjava z zdravstvenimi zavarovanji v tujini pa tudi naša zakonodaja kaže, da so taka soglasja potrebna le pri aktih, ki podrobneje urejajo pravice zavarovanih oseb, predvsem njihovo skladnost z zakoni, pri sprejemanju finančnega načrta nosilca zavarovanja in to le z vidika njegove usklajenosti z izhodišči in okvirji ekonomske in socialne politike države, ne pa glede razporejanja denarja nosilca zavarovanja;
- z načinom urejanja odnosov med ZZZS in predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev. Na tem področju bi vloga in pristojnost Ministrstva za zdravje morala biti le določitev materialnih okvirov, znotraj katerih se lahko pogajajo izvajalci in ZZZS, določitev prednostnih nalog sistema, preverjanje skladnosti delovnih programov izvajalcev z merili za mrežo javne dejavnosti, z izhodišči iz dolgoročnega plana zdravstvene dejavnosti ter spoštovanje pravic zavarovanih oseb iz zavarovanja. O vsem ostalem bi se morali samostojno pogajati in dogovoriti ZZZS in predstavniki izvajalcev. Sedanja praksa sprejemanja splošnega dogovora o programu zdravstvenih storitev (po dejavnostih, območjih) se je skozi leta z nenehnimi posegi države spremenila v proceduro, kjer je glavna ali celo ključna vloga ministrstva. Vlada namreč določa ZZZS-ju finančne okvire, v katerih ta lahko financira zdravstvene storitve iz obveznega zavarovanja. Nato se znotraj teh okvirov pogajajo o programih izvajalcev spet ministrstvo, ZZZS in zdravstvene organizacije oziroma združenja. Če med njimi ne pride do soglasja, o odprtih vprašanjih odloča arbitražna. Ta pa je spet sestavljena iz predstavnikov istih treh deležnikov, ki so se dogovarjali o programu zdravstvenih storitev, a se niso uspeli uskladiti in poenotiti. Ker arbitrirajo isti deležniki, ki se niso mogli že prej dogovoriti in sprejeti dogovor, je normalno, da med njimi tudi v arbitražnem postopku ne more priti do soglasja. V tem primeru o spornih vprašanjih odloča Vlada. Takšen način, ki pomeni „etatizacijo“ področja urejanja odnosov z izvajalci, ni primeren, je neučinkovit in spodkopava vlogo in odgovornost ZZZS ter izvajalskih organizacij in združenj. S tem je izničena tudi vloga izvoljenih predstavnikov delodajalcev in zavarovanih oseb v organih upravljanja ZZZS;
- zaradi odsotnosti dolgoročnega strateškega razvojnega načrta zdravstvenega varstva razvoj področja ne poteka načrtno in skladno z dolgoročnimi potrebami in zahtevami prebivalstva ter ekonomskimi mo-

žnostmi slovenske družbe. To še posebej velja za razvoj zdravstvenih zmogljivosti. Zato imamo nekatere zdravstvene zmogljivosti, ki niso dovolj izkoriščene, na drugi strani kadrovsko podhranjenost nekaterih ožjih medicinskih dejavnosti ter vse večji razkorak med pravicami zavarovanih oseb in možnostmi njihovega zadovoljevanja. Vse to pa dopušča država, ki bi prva morala določiti razvojne poti in možnosti zdravstvenega zavarovanja in uresničevanje zakonov, ki to področje urejajo;

- razvoj zdravstvenih dejavnosti ne temelji na merilih, kot to določa veljavna zakonodaja. Po slednji bi morale merila za mrežo javne zdravstvene dejavnosti (število in vrsto izvajalcev, njihova razporeditev po območjih) določiti ministrstvo, kar se ni zgodilo v 26 letih od sprejema in uveljavitve zakona. Tudi ZZZS ni opravil svoje naloge glede določitve normativov in standardov zdravstvenih storitev, kar mu nalaga zakon. Tako je razvoj dejavnosti stihijski in podvržen interesom posameznih okolij. Brez ustreznih meril in standardov ni mogoče pričakovati sistema, ki bi bil učinkovit in uspešen in usklajen z ekonomskim in socialnim razvojem celotne družbe.

Dosedanjo prakso je potrebno temeljito spremeniti in celotno področje vključiti v strateško načrtovanje zdravstvenega varstva ter upoštevati avtonomijo in vloge deležnikov v pogajalskih postopkih. Odločilno vlogo mora pri tem odigrati Ministrstvo za zdravje. Brez tega ni pričakovati izboljšanja sistema ter njegove učinkovitosti in uspešnosti. Nova zakonodaja mora v dobro ljudi čim prej odpraviti navedene pomanjkljivosti in zagotoviti spremembe oziroma spoštovanje sprejetih zakonskih opredelitev.

Potrebne spremembe v obveznem zdravstvenem zavarovanju

Zakonske opredelitve o obvezni vključitvi vsega prebivalstva v zdravstveno zavarovanje in o najširši solidarnosti so ustrezne in jih je potrebno ohraniti tudi v bodoče. Resnici na ljubo je žal potrebno ugotoviti, da se ta temeljna načela sistema vse manj spoštujejo. V nasprotju z jasnimi zakonskimi določili imamo določeno število oseb, ki iz različnih razlogov niso vključene v obvezno zavarovanje. S tem je ogrožena njihova zdravstvena in socialna varnost in možnost uveljavljanja pravic iz tega zavarovanja. Prav tako za njih niso plačani prispevki in je kršeno zakonsko načelo najširše solidarnos-

ti vseh do vseh. Ta anomalija v socialni državi ni sprejemljiva in jo je z ustreznimi zakonskimi opredelitvami in ukrepi države potrebno odpraviti in preprečiti. Poleg te anomalije bi spremembe morale:

- odpraviti neupravičene razlike v prispevnih osnovah za obvezno zavarovanje, saj le-te za nekatere skupine (npr. kmetje, podjetniki, samozaposleni, prejemniki socialnih pomoči ...) niso realne, temveč so administrativno določene in neprimerljive z dohodki zaposlenih. V ta namen mora država (z zakonom) določiti najnižjo osnovo za prispevke, npr. v višini vsakokratne minimalne plače;
- prenesti na proračun obvezo plačevanja prispevkov za osebe brez dohodkov ali z dohodki izpod določene ravni (npr. minimalne plače);
- naložiti državi (občinam) obveznost plačevanja prispevkov za zavezanca, ki zaradi bolezni ali drugih nepredvidljivih razlogov le-teh določeno časovno obdobje ne morejo poravnati;
- predvideti obvezo države in občin kot ustanoviteljev javnih zavodov, da zagotavlja določena sredstva za njihov razvoj.

Tudi v sistemu obveznega zavarovanja so potrebne posodobitve in spremembe. Ločiti je treba zavarovanje za bolezen in poškodbe izven dela, ki mora zajeti celotno prebivalstvo od zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, v katerega je vključeno aktivno prebivalstvo. Sredstva obeh teh zavarovanj se med sabo ne smejo mešati in vsako od teh zavarovanj mora predstavljati svojo rizično skupino. Nosilec obeh zavarovanj mora biti ZZZS. Dejstvo je, da že zdaj delodajalci plačujejo poseben prispevek za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, a se sredstva tega zavarovanja mešajo s prihodki od prispevkov za bolezen in poškodbe izven dela. Financiranje zavarovanja za poškodbe na delu in bolezni, povezane z delom, bi moralo s strani delodajalcev predvideti tudi možnosti finančnih spodbud (bonusov) za delodajalce, ki vlagajo v zdravje zaposlenih, ki so zato bolj zdravi in so za to stroški za te rizike nižji od povprečja posamezne dejavnosti v državi .

Dogovarjanje med ZZZS in izvajalci

Nujno je prenoviti postopke dogovarjanja in pogajanj z izvajalci. Sedanji postopki so vse prej kot dogovarjanje, hkrati so neučinkoviti in potrebni sprememb v vsebinskem in organizacijskem pogledu. Na novo je potrebno določiti vloge deležnikov v dogovarjanju in pogajanjih. Po vzoru s primerljivimi državami naj bi potekali ti postopki tako, da:

- država (vlada, ministrstvo) določi, na podlagi izhodišč ekonomske in socialne politike ter dolgoročnih usmeritev na področju zdravstvenega varstva in zavarovanja, finančne okvire za pogajanja, prednostne naloge in cilje sistema ter druge podlage za dogovarjanje med nosilcem zavarovanja in predstavniki izvajalcev;
- nosilec zavarovanja na podlagi vladnih izhodišč predlaga izvajalskim organizacijam okvirna izhodišča za sklenitev splošnega dogovora. Ta izhodišča vsebujejo tudi okvirna (najvišja, najnižja) merila za pripravo delovnih načrtov (kadrovske, delovni in drugi normativi, standardi). Izvajalske organizacije na tej podlagi ponudijo nosilcu zavarovanja svoje delovne in finančne načrte, o katerih se „pogajajo“ in usklajujejo tako, da bo dogovor za naslednje prihajajoče leto sprejet do začetka zadnjega četrtletja (do konca) tekočega leta za naslednje leto. Organizacije in združenja izvajalcev, ki zastopajo v pogajanjih izvajalce, določi zakon. Ta pogajanja lahko potekajo le znotraj izhodišč, ki jih je sprejela vlada;
- na podlagi sprejetega dogovora ZZS objavi razpis, na katerega se lahko prijavijo javni zavodi oziroma koncesionarji, ki izpolnjujejo predpisane pogoje. Prijava na razpis vsebuje tudi delovni in finančni načrt izvajalca, ki morata biti skladna z določili dogovora;
- na podlagi usklajenih programov sklene ZZS s posameznim izvajalcem pogodbo, v kateri so določene vse medsebojne pravice in obveznosti glede opravljanja dejavnosti skladno z zakonom in podrobnejšimi določili iz pogodbe glede kraja in časa dejavnosti, ciljev, kakovosti in drugih opredelitev;
- če med „partnerji“ v pogajanjih o splošnem dogovoru za naslednje leto pri posameznih vprašanjih ali glede celotnega dogovora ne pride do soglasja do konca leta, predlaga ZZS sporna vprašanja v presojo arbitraži. Le-to imenuje vlada in jo sestavljajo pravniki ter drugi poznavalci sistema zdravstvenega varstva in zdravstvene ekonomike, ki niso zaposleni pri ali v kakršnikoli zvezi z izvajalci oziroma ZZS;
- arbitražna naj bi sprejela odločitev najpozneje do marca tekočega leta, njene odločitve pa bi veljale od dneva odločitve arbitraže naprej;
- na podlagi dogovora oziroma odločitve arbitraže bi morali izvajalci prilagoditi svoje delovne in finančne načrte z odločitvami arbitraže in skleniti z ZZS pogodbo. Če te ne sklenejo, ZZS ni dolžan financirati storitev ali dejavnost, ki jo opravljajo.

Poleg postopkov urejanja odnosov med ZZZS in izvajalci storitev so nujne tudi spremembe v uporabljenih modelih priprave delovnih načrtov izvajalcev, njihovega obračunavanja in plačevanja. Preiti bi morali na model, po katerem bo plačilo posameznemu izvajalcu odvisno od količine, zahtevnosti in vrste opravljenih storitev ter od kakovosti. V ta namen je potrebno pripraviti ustrezne sezname storitev ali skupin storitev ter določiti njihovo uporabo pri načrtovanju, evidentiranju obračunavanju ter plačevanju storitev. Najpomembnejša novost tega pristopa je, da bi bil dohodek zdravstvenega zavoda in posameznega zdravstvenega delavca odvisen od obsega opravljenega dela, njegove zahtevnosti in kakovosti. To je lahko ena od pomembnih sprememb, ki naj bi izboljšale učinkovitost sistema.

V primeru poškodb prebivalcev je tako pri izvajalcih kot v ZZZS potrebno dosledno sledenje storitev glede na vzrok in povzročitelja od nastanka poškodbe do končne ozdravitve.

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Za zavarovane osebe je osrednje vprašanje obseg pravic, ki jim ga zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Želje in pričakovanje zavarovanih oseb so vedno in povsod, da bi jim sistem obveznega zavarovanja zagotovil čim večji obseg pravic oziroma storitev. To je človeško in razumljivo, če so za to podani potrebni finančni viri v zavarovanju in je na voljo zadostno število izvajalcev zdravstvenih storitev. ***Ker pa potrebe in zahteve prebivalstva povsod presegajo razpoložljive vire, so potrebne v pravicah in dostopnosti do njih določene omejitve.*** Zaradi slednjih si zavarovanci lahko zagotovijo storitve, ki niso pravica v javnem sistemu, z zasebnimi sredstvi z neposrednimi plačili ali delnimi plačili (doplačili) ali v okviru zasebnih zavarovanj. Tudi naš sedanji sistem pozna poleg javnih sredstev obveznega zavarovanja, še sredstva zasebnega dopolnilnega zavarovanja in zasebna sredstva samoplačnikov. Dolžnost države je, da najde primerno ravnovesje med javnimi in zasebnimi sredstvi oziroma z zakonom določi pravice, ki jih krije javno, solidarnostno zavarovanje. ***Finančno stanje ZZZS ter vse daljše čakalne dobe kažejo, da kljub raznim ukrepom racionalizacije dela izvajalcev ni in ne bo mogoče zadovoljiti potreb zgolj z javnimi sredstvi obveznega zavarovanja.*** Izhodov iz te situacije je več, in sicer:

- povečanje prihodkov ZZZS z zvišanjem prispevne stopnje. Ta bi se že zaradi morebitne ukinitve dopolnilnega zavarovanja morala povišati za

okrog 2,1 % , za kritje povečanih potreb (odprava čakalnih dob, staranje prebivalstva) pa še za nadaljnjih 2–3 %. Kljub temu, da je Slovenija v okviru Evropske unije med državami s podpovprečno prispevno stopnjo, so možnosti za to majhne oziroma ne take, da bi s temi dodatnimi sredstvi lahko pokrili že sedanje, kaj šele prihajajoče in naraščajoče, potrebe;

- povečanje finančnih virov z zasebnim zavarovanjem ali sredstvi za določene pravice oziroma storitve, ki bi bile izločene iz obveznega zavarovanja;
- z zakonodajo je treba zagotoviti, da se iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v prihodnje ne bo financiralo: zdravljenje poškodb, ki so posledica prometnih nezgod pri uporabi prometnih sredstev, zdravljenje poškodb, ki so nastale pri delu in zdravljenje poškodb, ki so nastale pri aktivnostih, ki predstavljajo večji riziko oz. tveganja. Stroške teh poškodb naj pokrijejo osebe, ki so odgovorne za nastanek navedenih poškodb oz. njihove zavarovalnice, pri katerih imajo oz. morajo imeti pokrita naštetá tveganja. Sedaj zavarovalnice na podlagi zakona plačujejo pavšalno odškodnino ZZZS v višini 8,5 % od obračunane kosmate zavarovalne premije za avtomobilsko zavarovanje poškodovanih oseb, ki pa je prenizka. Potrebno je preiti na obračun vseh stroškov zdravljenja po posameznem dogodku, od nastanka poškodbe do končne ozdravitve poškodovane osebe. Z obveznim socialnim zdravstvenim zavarovanjem smo zavarovani za stroške zdravljenja v normalnih razmerah, ko pa s svojimi aktivnostmi preidemo na področje večjih tveganj, mora v teh primerih stroške zdravljenja poškodb pokriti povzročitelj oz. njegovo zavarovalnica;
- zmanjšanje pravic zavarovanih oseb;
- z ukrepi, ki bi zajele pravice, prispevke in zasebna sredstva.

Razkorak med potrebami in zahtevami ljudi po zdravstvenih storitvah je potrebno reševati z:

- z racionalizacijo mreže javne zdravstvene dejavnosti in večjo strokovno ter organizacijsko povezanostjo primarne in ostalih dveh ravni zdravstvene dejavnosti ter „delitvijo“ dela med njim, po kateri bo jasno določeno, kaj morajo opraviti izvajalci posamezne ravni (primarna, sekundarna) pred napotitvijo na višjo raven. Takšna delitev dela se mora odraziti tudi na programih dela izvajalcev in na njihovem finančnem vrednotenju ter pogodbah z ZZZS;

- izločitvijo nekaterih „pravic“ (bonitet), ki niso zdravstvene storitve, iz kritja iz javnih sredstev. Takšni so npr. nemedicinski del oskrbnega dne v bolnišnici in med zdraviliškim zdravljenjem, nenujni prevozi, nekatere estetske operacije in zdravila itd.;
- s prenosom nekaterih pravic, ki niso prioritete, iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na financiranje iz zasebnih virov, kot so zasebna zavarovanja in samoplačništvo. To so npr. zobno-protetične storitve v določeni starostni dobi (npr. po 25. letu starosti), nekatera tveganja za poškodbe izven dela, nekateri pripomočki, potni stroški itd.

Spremembe v zdravstveni dejavnosti

Akti, ki urejajo organizacijo zdravstvene dejavnosti v Sloveniji, so še starejši od predpisov s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sedanja organizacija pa je neprimerna in potrebna posodobitev in racionalizacije. Njene slabosti so v njeni razdrobljenosti, neenakomerni razvitosti, slabi organizaciji in vodenju javnih zavodov. Nimamo uradno določene mreže javne zdravstvene dejavnosti ali razvojnih planov, po katerih bi jo načrtno usmerjali k najuspešnejšemu zadovoljevanju potreb prebivalstva. Razvoj posameznih izvajalcev je bolj odvisen od spretnosti in interesov posameznih okolij kot od potreb, ki jih narekuje zdravstveno stanje in demografska značilnost posameznega gravitacijskega območja. Prav tako ni določena mreža javne zdravstvene dejavnosti, čeprav bi že ta morala biti sprejeta že pred več kot 20 leti. Vse to se še meša z nejasnostmi z vlogo zasebnih dejavnosti v javni službi in raznimi oblikami dovoljene ali nedovoljene privatizacije te dejavnosti. S strateškim načrtom in zakonom so nujne spremembe. Te lahko delimo:

- na tiste, ki so potrebne zaradi uskladitve oziroma udejanjenja zakona o zdravstveni dejavnosti in določil njegovega 9. člena in 16. člena (iz leta 1992!). Ta namreč določa, da ima zdravstveni dom organizirano najmanj „preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalstva, nujno medicinsko pomoč, splošno medicino, družinsko medicino, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, patronažno zdravstveno varstvo, preventivno in kurativno zobozdravstvo, splošno medicino ter laboratorijsko in drugo diagnostiko“. Dejstvo je, da je določeno število zdravstvenih domov, ki teh pogojev ne izpolnjujejo, a kljub temu nihče ne ukrepa. Če bi spoštovali zakon in njegova določila o tem, kaj je zdravstveni dom, bi jih zagotovo imeli vsaj pol manj. Ni potrebno posebej poudarjati, kako bi to vplivalo na zmanjšanje stroškov in povečalo racionalnost njihovega poslovanja;

- potrebno je določiti gravitacijsko območje zdravstvenih domov in bolnišničnih oddelkov in to po ožjih dejavnostih (družinska medicina, medicina dela, zobozdravstvena dejavnost, dejavnost zdravstvenega varstva otrok, žensk, kirurgija, interna, pediatrija itd.), ki so lahko tudi eno od meril za določitev mreže javne zdravstvene dejavnosti;
- spremembe, ki pomenijo posodobitve organizacije zdravstvene službe in večjo strokovno povezanost izvajalcev posameznih ravni, ter s tem večje racionalnosti pri opravljanju dejavnosti. Po slednji bi morale priti do večje strokovne povezanosti in sodelovanja dejavnosti na primarni in sekundarni ravni, pri čemer naj bi bila sekundarna (bolnišnična) raven nadgradnja primarne ravni in njeno dopolnilo. Ta povezanost je lahko vsebinska in dogovorjena o načinu sodelovanja, organiziranja skupnih medicinskih služb za potrebe obeh ravni (določena diagnostika, fizioterapija itd.) ali na drugih področjih, kot so informatika, oskrba z materiali, interna lekarna itd.;
- statusne spremembe zdravstvenih zavodov z združevanjem le-teh na določenem območju v večje organizacije, ki bi združevale izvajalce in dejavnosti primarne in sekundarne (zdravstveni center);
- spremembe pri vodenju in upravljanju javnih zdravstvenih zavodov. Sedanji sveti zavodov (bolnišnic, zdravstvenih domov) so se le redko pokazali kot primerni, predvsem pa so neredko bile pomešane in zakrite prekrite odgovornosti vodstev zavodov in njihovih svetov. Člani svetov so vse prevečkrat zastopali interese tistega, ki jih je imenoval, manj pa interes po učinkoviti izrabi kadrovskih in drugih materialnih virov, ki so jim na voljo. Zato bi bila potrebna sprememba in odprava svetov zavodov ter uvedba njihovega korporativnega upravljanja (z direktorjem in nadzornim svetom), v katerem bi bila jasno opredeljena odgovornost vodstev zavodov. Za to pa je potrebna sprememba zakona.

Javno ali zasebno zdravstvo?

Pri nas je veliko razprav in razhajanj glede vprašanja, ali naj bi imeli le javno ali zasebno oziroma mešan javno-zasebni sistem zdravstvenega varstva. Veliko teh razprav izhaja iz nepoznavanja obeh modelov, še bolj pa zaradi raznih deviacij, ki se pojavljajo v zvezi s privatizacijo zdravstvene dejavnosti. Med temi javnost najbolj motijo nekontrolirano mešanje javne in zasebne dejavnosti pri istem izvajalcu, kjer gre v določenih primerih tudi za nespoštovanje predpisov, izkoriščanje stisk pacientov in pridobitništvo. Prav zaradi teh pojavov je v delu

javnosti precejšen odpor vsem oblikam zasebnosti v zdravstveni dejavnosti. Te dileme mora odpraviti zakon. Izhod iz sedanje situacije je uzakonitev mešanega javno-zasebnega modela zdravstvene dejavnosti. Značilnost tega modela je:

- izvajanje storitev za potrebe zavarovanja je dovoljeno javnim zavodom in zasebnikom, ki izpolnjujejo za to predpisane pogoje (izobrazba, specializacija, oprema), ki so vključeni v mrežo javne službe. V delovnem času, namenjenem za izvajanje javne službe, ne smejo sprejemati ali obravnavati samoplačnikov ali zavarovancev iz zasebnih zavarovanj. Zasebni zdravniki si dovoljenje za takšno dejavnost pridobijo, ko opravijo poseben izpit in sklenejo pogodbo z nosilcem zavarovanja. S tem se zavežejo, da bodo pri obravnavi pacientov (postopki, standardi, predpisovanje zdravil, pripomočkov itd.) ravnali skladno s predpisi zavarovanja. Ti zdravniki lahko zasebno oziroma pridobitno (profitno) dejavnost opravljajo po končanem delovnem času, ki je pogodbeno dogovorjen za potrebe zavarovanja. Gre za model mešanega javno-zasebnega zdravstva, kjer izvajalec opravlja zasebno, nepridobitno dejavnost, z zasebnimi delovnimi sredstvi (prostori, oprema, aparature) za potrebe javnega socialnega zavarovanja in na račun javnih finančnih sredstev. V kolikor zadeve ne bodo korektno dorečene, obstaja nevarnost, da bodo v rednem dopoldanskem času opravili manj storitev in pacientom priporočali, da pridejo popoldan, ko bodo opravljali pridobitno dejavnost;
- na podoben način kot zasebni zdravniki se lahko vključujejo v izvajanje javne zdravstvene dejavnosti tudi posamezne bolnišnice;
- tudi javni zavodi (bolnišnice in drugi) lahko opravljajo zasebno dejavnost, če obstaja za to potreba in imajo višek zmogljivosti, ki jih ne rabijo za opravljanje dejavnosti za zavarovance iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To je lahko način za izboljšanje njihovega materialnega stanja. Dohodek iz te zasebne dejavnosti namreč ni dohodek posameznega zdravnika, temveč bolnišnice.

Mešani javno-zasebni model zdravstvenega varstva je možen le na podlagi ustrezne zakonske ureditve in jasne razmejitve javnega in zasebnega interesa ter izvajalcev. Glede na stopnjo nekontrolirane in nenačrtne privatizacije, ki se je že prikradla v naš sistem, bi tak model lahko s svojim strateškim načrtovanjem pomenil dolgoročno tudi rešitev tega problema.

Martin Toth

Zaključek

Opis najpomembnejših potrebnih sprememb in novosti v našem zdravstvenem sistemu je obsežen, kar je posledica dejstva, da „zdravstvena reforma“, o kateri so govorile vse vlade v zadnjih 20 in nekaj letih, ni bila izpeljana. Zaradi tega se stanje na področju iz leta v leto slabša. Seznam potrebnih sprememb je obsežen in jih ni mogoče uresničiti na hitro in v kratkem roku. Potreben je dolgoročen načrt nadaljnjega razvoja zdravstvenega varstva kot podlaga za pripravo potrebnih zakonskih ter drugih predpisov ter za spreminjanje razmer in stanja. Osrednja naloga pri tem je na Ministrstvu za zdravje in Vladi, ki morata doseči potrebno družbeno soglasje o novi ureditvi zdravstvenega varstva in jih nato tudi uzakoniti ter udejanjiti.

Izhodišča za strategijo razvoja sistema zdravstvenega varstva – Izdala in založila Zveza društev upokojencev Slovenije **ZDUS**. Za zvezo predsednik ZDUS Janez Sušnik, pripravil mag. Martin Toth, dr. dent. med., redakcija Črt Kanoni, odgovorni urednik. Lektoriranje Barbara Borko, podpora Komisija za zdravstveno varstvo in duševno zdravje pri ZDUS, predsednica mag. Rosvita Svenšek. Grafični prelom Nebia d.o.o., tisk Schwarz d.o.o. Ljubljana, naklada 200 izvodov