



ZDUS

Dolgoročna reforma zdravstva v Sloveniji

Dr. Marjan Česen



Napotek za razpravo o stanju v zdravstvu
in želenih spremembah

KAZALO

UVOD	3
1 OSNOVNE INFORMACIJE	4
2 OCENA OKOLJA (z vidikov zdravja in zdravstva)	6
2.1 Naravno okolje	6
2.2 Politično okolje	7
2.3 Ekonomsko okolje	7
2.4 Demografsko okolje	8
2.5 Socialno okolje	9
3 ZDRAVJE POSAMEZNIKA IN SKUPNOSTI	10
4 SPLOŠNI CILJI REFORME ZDRAVSTVA	11
5 PODSISTEMI ZDRAVSTVA	12
5.1 Zdravstvena politika	12
5.2 Zdravstvena dejavnost	20
5.3 Zdravstveno zavarovanje	28
5.3.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ)	28
5.3.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ)	30
ZAKLJUČEK	31

UVOD

Z reformo javnega sistema zdravstvenega varstva (v nadaljevanju: zdravstvo) v Sloveniji že močno zamujamo. Sodobne družbe se hitro spreminjajo, zato se morajo, ustrezno času in prostoru, spreminjati tudi njihovi gospodarski in negospodarski sistemi.

O potrebnih spremembah v zdravstvu govorimo že zelo dolgo časa, z njihovim uresničevanjem pa nerazumljivo dolgo zamujamo. Nikakor nam ni usojeno dočakati ustreznih nosilcev oblasti, ki bi imeli pravo voljo, znanje, izkušnje, intelektualno širino in zlasti pogum, da bi se lotili spreminjanja izjemno pomembnega in občutljivega področja zdravstva, s katerim smo bili dolga leta zelo zadovoljni. Kako se torej lotiti zdravstva in kaj v njem spremeniti, da bomo tudi v prihodnosti z njim zadovoljni?

Sedanje parcialno spreminjanje zdravstvenih zakonov ni zdravstvena reforma, saj se prava zdravstvena reforma s spreminjanjem zdravstvenih predpisov že konča in ne začneja. Najprej je potrebno doseči široko in trdno družbeno in politično soglasje o vsebini sprememb. Ko ga bomo dosegli, bomo predpise lahko zelo hitro spremenili. Zdravstvena politika je v mandatu 2014–2018 začela upravljati zdravstvo brez idej in akcijske pripravljenosti na njegovo spreminjanje. Zamujenega ne morejo nadomestiti niti dragi zunanji strokovnjaki, saj bomo morali vse tako ali drugače narediti sami. Dobro je vedeti, da Evropska unija (EU) še nima trdnega »evropskega socialnega sporazuma« in da so zato nacionalni sistemi javne socialne varnosti, med njimi tudi zdravstveni, še vedno avtonomni. Najbolj pomembno je, da začnemo z delom pravilno. Napačni začetek ne more voditi k želenim ciljem. Najprej moramo doseči enotno načelno soglasje o vsebinskih spremembah v zdravstvu in o dolgoročno dopustni javni finančni porabi zanj (razvojni in pravno-finančni del), nato pa se lotiti postopnega konkretnega spreminjanja zdravstva, ki naj bi se v razumnem času tudi končalo.

Delo je zelo zahtevno. Poglavitna področja spreminjanja zdravstva so:

1. Trajne aktivnosti za krepitev in ohranitev zdravja vsakogar in vseh, ter sprejemanje dolžnosti in odgovornosti zanj.
2. Kritični pregled obsega in vsebine pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) z vidikov zdravstvenih in ekonomskih tveganj bolnikov ter družbeno dopustna racionalizacija pravic.
3. Natančna geografska porazdelitev človeških in materialnih zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe, ki omogoča bolnikom (zavarovanim osebam v OZZ) pravično in enakovredno nediskriminatorno dostopnost do ustrezne zdravstvene obravnave na javni račun.

4. V okviru skladnosti med močjo narodnega gospodarstva in družbeno solidarnostjo ponovno zagotoviti dolgoročno javno-finančno vzdržnost OZZ z razumno in pravično obremenitvijo zavezancev za prispevek.
5. Profesionalizacija zdravstvenega menedžmenta, ki naj poskrbi za optimalno organiziranost in opravljanje strokovnih in poslovnih procesov izvajalcev v mreži, ter kakovostno zagotavljanje pravic iz OZZ vsem upravičencem. Udejanjanje sprememb bo terjalo od zdravstvene politike veliko razuma in trdega dela. Za uspeh potrebujemo jasno politično voljo nosilcev oblasti, ustvarjalno sodelovanje medicinske stroke, gospodarstva, civilne družbe ter sposoben, pošten in odgovoren javno zdravstveni menedžment.

Informacije in podatki, navedeni v tem delu, so pridobljeni iz mnogih virov in niso preverjeni.

Avtor

1 OSNOVNE INFORMACIJE

Javne in skupne dobrine (med slednjimi so tudi skupne zdravstvene dobrine): najpomembnejši lastnosti sta enakovredna obravnava (neizključenost) uporabnikov in trajnost (neizrabljivost) dobrin (raba dobrine enega uporabnika ne izključuje rabo drugega).

»**Tragedija skupnega**«: v zdravstvu nekateri uporabniki pretirano koristijo (zlorablajo) zastojkarske skupne zdravstvene dobrine in izčrpavajo (izrabljajo) razpoložljive javne finančne vire; zato so drugi uporabniki pogosto deležni nižje kakovosti skupnih dobrin, lahko so izključeni iz uporabe, postavijo se v dolge čakalne vrste, napotijo se na zasebni »zdravstveni trg« ali v ambulante »pro bono«.

Možnosti ukrepanja države v primeru pomanjkanja javnih finančnih sredstev za zagotavljanje pravične in enakovredne nediskriminatorne zdravstvene oskrbe vsem zavarovanim osebam:

- a) privatizacija skupnih zdravstvenih dobrin, (zadovoljevanje zdravstvenih potreb bolnikov na konkurenčnem zdravstvenem trgu) soočenje ponudnika zdravstvenih storitev (zdravnika) in povpraševalca po njih (bolnika) na monopolnem ali oligopolnem zasebnem zdravstvenem trgu;
- b) trša državna regulacija zagotavljanja skupnih zdravstvenih dobrin: začne se z iskanjem možnosti omejevanja (!) javnofinančne porabe

(iskanje notranjih rezerv v dejanski zdravstveni porabi); nov (dodatni) denar iščemo šele po izčrpanju notranjih rezerv v celotnem zdravstvenem sistemu (vendar ne na račun potrebnih sredstev na drugih področjih javnega sektorja).

Kompetence nosilcev oblasti pri spreminjanju javnih sistemov socialne varnosti, kamor sodi tudi javno zdravstvo:

- parlament (vizija, strateški cilji in prioritete),
- vlada (ukrepi za doseganje ciljev),
- pristojno ministrstvo (izvedba); natančno locirana odgovornost za posledice odločitev (odgovornosti ni mogoče delegirati!).

Prioritete v zdravstvu:

- poškodbe zdravja, ki najbolj hromijo zdravje skupnosti in so hkrati tudi resna zdravstvena in ekonomska tveganja za bolnike.

Javni sektor v Sloveniji:

- Državna uprava, šolstvo, javni sistemi socialne varnosti, policija, vojska: zelo obsežen (270 delovnih teles, nad 170.000 zaposlenih).
- V majhni državi sta velikost javnega sektorja in javna finančna poraba kratko malo vedno preveliki: zato mora biti kvaliteta vedno pred kvantiteto (Slovencev je malo, zato moramo biti boljši od drugih, A. Trstenjak). Prevelika javna poraba ne sme ogroziti naložb v gospodarski razvoj.
- Skrb za večjo gospodarnost delovanja in porabo javnega denarja na vseh področjih javnega sektorja: iskanje notranjih rezerv, izogibanje birokratizaciji, neproduktivno zadovoljstvo zaposlenih v varnem povprečju javnega sektorja; brezbriznost, neodgovornost, sinekure.

Izhodiščni smeri izpeljave zdravstvene reforme

Iskanje kompromisa med naraščajočimi zdravstvenimi potrebami prebivalstva v državi in realnimi možnostmi njihovega zadovoljevanja na javni račun.

- a) *iz zdravstvenih potreb* (od spodaj navzgor – induktivno); zdravstvene potrebe so navzgor neomejene, zdravstvo pa je finančno nenasitno; takšna smer je predraga tudi za bogate socialne države;
- b) *iz razpoložljivih javnofinančnih virov* (od zgoraj navzdol – deduktivno); socialna država določa razumno ekonomsko mejo javno zdravstvene porabe glede na civilizacijsko razvitost države in realno moč narodnega gospodarstva.

Upravljanje (in vodenje) sprememb v zdravstvu kot organizacijskemu sistemu (skupnost ljudi, ki želijo dosegati določene cilje):

- Upravljanje in vodenje organizacijskih sistemov je hierarhično (demokratsko ali avtokratsko); smer upravljaljskih impulzov je sistem –

podsystem (v obratni smeri pa poročila o opravljenih nalogah in predlogi za pozitivne spremembe zgradbe in delovanja sistema); slabo upravljanje in vodenje organizacijskih sistemov lahko povzroči nered (kaos) in razpad (entropijo) sistemov.

Proces izpeljave zdravstvene reforme od kakovostne analize do ustvarjalne sinteze:

- Iskanje odgovorov na vprašanja (splošno vodilo): kaj in zakaj spremeniti, kako spremeniti, kdo in kdaj je zadolžen za spremembe in koliko nas bodo stale.
- Ciljno (strateško) vodenje sprememb:
 - a) razčlenitev in ugotavljanje (kaj in zakaj spremeniti);
 - b) odločanje (cilji, kako spremeniti in po čem, programi);
 - c) udejanjanje (kdo in kdaj bo spremenil, projekti).
- Ključne dimenzije izvedbe posameznih projektov: investicijski program (pravno-organizacijski del), finančna sredstva (zadostna razpoložljivost), izvedba projekta (strošek, čas, kakovost).
- Postopnost, strokovnost, strpnost: eksperimentiranje z narodom s premalo domišljenimi ukrepi v procesu spreminjanja zdravstva je nedopustno. (V kolikor nam to ne bo uspelo, bomo poskusili nekaj drugega. Socialno zdravstveni eksperiment?)

2 OCENA OKOLJA (z vidikov zdravja in zdravstva)

2.1 Naravno okolje

Ne smemo uničiti sebe zaradi pohlepa in neumnosti (Steven Hawking).

Razvoj sodobnih civiliziranih družb ter naravno okolje: prehod od družbe sodelovanja in medsebojne pomoči k sodobni družbi tekmovalnosti in sebičnega potrošništva (tudi na račun siromašenja narave in človekovega zdravja); kako uveljaviti imperativ trajnostnega razvoja?

Sodobno gospodarstvo: izkorišča naravne vire za maksimiranje individualnih dobičkov in v škodo človekovega zdravja v prihodnosti; škodljive kemikalije in druge snovi v zraku, vodi in hrani (herbicidi, pesticidi, drugi fitofarmaceutski proizvodi, odpadna plastika in že odkrita mikro plastika v človekovemu organizmu); izumiranje živalskih in rastlinskih vrst; zaničanje segrevanja zemlje in s tem povezanih posledic.

Prihodnost: ali želimo zapustiti potomcem veliko denarja in ranjeno naravo (z rastjo trgov raste tudi uničevanje naravnega okolja)?

Sodelovanje z naravo: z naravo moramo sodelovati, ne ji ukazovati.

2.2 Politično okolje

Kriza državnštva: odsotnost vizije prihodnosti in razvojnih strateških ciljev; strahospoštovanje in »ubogljivost« suverene države v odnosu do EU; neizkoriščene primerjalne prednosti Slovenije (geografski položaj, naravne danosti); zanemarjene naložbe v javno infrastrukturo (ceste, železnice); odtujevanje državnega premoženja v korist tujcev (poceni razprodaja »paradnih konjev« slovenskega gospodarstva); neobvladljiva korupcija.

- Osiromašena demokracija: strankokracija, kultura politične improvizacije, izogibanje prednostim proporcionalnega volilnega sistema (preferenčni glas).

Potreba po razvojnem preboju:

- Naloga sposobnih državotvornih političnih elit; kakovostno upravljanje države (razvojni model, politični konsenz v interesu države).
- Potreba po stabilnem dolgoročnem odnosu med gospodarskim razvojem in družbeno solidarnostjo, ki bi mu sledili vsi ekonomski in socialni podsistemi (politična stabilnost, gospodarska uspešnost, socialna trdnost).
- Ovire pri razvojnem preboju: trajna nesoglasja med trdoglavimi »desnimi in levimi« političnimi elitami (zgrešene prednostne razprave o travmatičnih poglavjih pretekle zgodovine, namesto da razmišljamo o hitrejšem razvoju in uspešni prihodnosti države).

Pomembni razvojni ukrepi povezani z zdravjem:

- Oživitev podeželja in večja prehranska samooskrba: zdravju prijazna domača pridelava hrane; globalizirana industrijska pridelava hrane lahko dolgoročno vodi k zastrupitvam s hrano; čim več ljudi naj živi in se preživlja na podeželju; usmerjenost v razvoj družinskih kmetij.
- Ponovno oblikovanje pokrajin (uravnotežen policentrični razvoj): sedanje prevelike razlike med »bogato« osrednjo slovensko regijo ter drugimi regijami; višja stopnja neposredne demokracije; uvajanje participatornih proračunov v občinah; koristi za zdravstvo so možnosti strokovno utemeljenega sodelovanja in združevanja organizacij, izvajalcev javnih zdravstvenih programov in optimalna delitev dela v regiji.

2.3 Ekonomsko okolje

Dohitevanje razvitejših držav na zdravstvenem področju in drugih področij javnega sektorja. Strategija razvoja Slovenije do 2030 predvideva, da bomo do takrat dosegli povprečno razvitost EU.

Dohitevanje bolj razvitih držav: razvoj gospodarstva naj dolgoročno vpliva tudi na višjo kakovostno raven javnih sistemov socialne varnosti in drugih področij javnega sektorja.

Moderni kapitalizem: menjavanje gospodarske konjunkturo in gospodarske krize; kronična visoka zadolženost države, gospodarstva in gospodinjstev (ali je že čas za primerno razdolževanje?); prednost kapitala pred delom (prispevek k dodani vrednosti – delo 85 %, kapital 15 %, odločajo pa lastniki kapitala); odsotnost optimalnih razmer ljudi v delovnem obdobju (varna zaposlitev in zanesljiv dohodek); vse manj delovnih razmerij za nedoločen čas (rastoča nezanesljivost mladih ljudi za varno življenje in potomstvo).

Delovne in finančne izgube gospodarstva:

- Nezaposlenost in prezgodnje upokojevanje: samo 26 % upokojenecv ima izpolnjene vse pogoje za upokojevanje, zgolj 43 % ljudi v starosti od 55 do 64 let je še zaposlenih (v EU 55 %); visoki stroški absentizma (4–5 % dnevno odsotnih od dela, milijoni izgubljenih delovnih dni, primeri hlinjenja bolezni); nevarnost zdravstvenega tveganja, prezentizem (vztrajanje na delu kljub bolezni, zaradi strahu pred izgube zaposlitve, zelo pogosto v prekarnem delu); neizkoriščene delovne sposobnosti in izkušnje starejših ljudi po upokojitvi.
- Problematika odhoda sposobnih ustvarjalcev višje dodane vrednosti (intelektualnega kapitala) v tujino (beg možganov); dvojna izguba za državo (izguba javnega denarja za šolanje na terciarni ravni izobraževanja in izguba strokovnjakov); darilo bogatim državam, nastajanje držav »prve in druge hitrosti«; možnosti zasebnega plačevanja terciarnega študija (delno, v celoti).

Prihodnost industrijske proizvodnje: digitalizacija, avtomatizacija, robotizacija (z umetno inteligenco); še potrebna delovna mesta v prihodnosti (obseg zaposlenosti in zaposlovanja mladih); »izumrlo« naj bi do 40 % sedanjih poklicev (dohodki zaposlenih, davki, prispevki za socialno varnost); ali stopamo v nepovratni proces zamenjave človeškega umskega in fizičnega dela z robotom kot alternativo trgu dela (zamenjava človekovega dela s strojem in možne posledice za človeka).

2.4 Demografsko okolje

Demografski deficit: nizka rodnost (povprečna starost žensk ob rojstvu prvega otroka je 27 let, ustrezen otroški dodatek šele pri drugem otroku za oba otroka kot možna spodbuda za večjo rodnost); razmerje med številom zaposlenih in upokojenecv je 1,3 : 1.

Delež mladih v obdobju zaposlovanja: število mladih med 15–29 leti upada (leto 2016 – 16 %, povpreček EU – 18 %); negativni vpliv na ponudbo dela zdaj in v prihodnosti.

Hitro staranje prebivalstva v Sloveniji: sodimo v vrsto najhitreje starajočih se narodov v EU; v 3–4 letih se podaljša pričakovano trajanje življenja za 1

leto; napoved staranja (starejših nad 65 let bo leta 2030 že 25 %, leta 2060 pa že 30 %); hitro rastoči javni in zasebni izdatki za »zdravo in bolno starost«; ali bodo zaposleni zanamci delali predvsem za »spodobno« življenje starejših?

2.5 Socialno okolje

Socialna država je danes (formalno) še vedno ponos sodobnih civiliziranih držav; poraja se vprašanje »pravične« porazdelitve rastočega družbenega bogastva (cilj ni egalitarnost, saj so majhne socialne razlike med ljudmi še vedno družbeno sprejemljive); v Sloveniji še ni pretirane socialne neenakosti (Ginijev koeficient).

Krčenje radodarne »evropske socialne države« od pretiranega kolektivismu k razumnemu individualizmu; nov steber socialnih pravic EU 2017 (načelna stališča, osnova za socialne strategije v konkretnih državah glede na finančno odpornost gospodarskih sistemov in dolgoročne razvojne cilje).

Pravilno razumevanje revščine: pojem revščine je relativen, z njo se soočajo vse države, tudi najbogatejše; prava revščina se skriva in jo je treba poiskati (strah pred marginalizacijo in družbeno stigmatizacijo revnih); Slovenci nismo več revna družba (imamo 1,1 milijona osebnih avtomobilov, vsak tretji ima psa, ki tudi ni zastoj, po zasebni lastnini bivalnih nepremičnin pa smo pravi bogataši); med drugim letno zavržemo 150.000 ton hrane, tudi v bolnišnicah, domovih za starejše, v šolah in vrtcih.

- V Sloveniji je potrebno zelo natančno definirati pojme kot: »absolutna revščina«, »spodobno življenje« *in* »**upravičena neenakost**« (mnogi ljudje lahko hlinijo revščino zaradi osebnih koristi); iskanje revščine in upravičenost do pomoči tistim, ki jo resnično potrebujejo, je naloga Centrov za socialno delo (kakšne naj bodo razlike med višino minimalnega dohodka od dela ter višino prejemkov socialne pomoči in denarnih nadomestil).
- Možnosti preprečevanja in obvladovanje revščine: teoretično jih je veliko, v praksi pa mnogo manj; če bi politične in ekonomske elite doma in v svetu pristale na pravično porazdelitev ustvarjenega bogastva med prebivalstvo, ne bi bilo nobene revščine; obvladovanje in preprečevanje revščine je odvisno tudi od zavestnih odločitev posameznikov o načinu življenja, od mnogih oblik solidarnosti posameznih družbenih skupin ter od delovanja socialne države.

Oblike ukrepanja v primeru revščine:

- a) odločitev posameznika za življenje po resničnih (objektivnih) človekovih potrebah in ne po željah, ki lahko vodijo v nerazumno in finančno neobvladljivo potrošniško tekmovalnost z drugimi (lahko pa je tudi zdravju škodljiva);

- b) pomoč v okviru primarne solidarnosti: skupno življenje v tradicionalni družini treh generacij (v kateri je danes opazen proces dezorganizacije) in pomoč sosedov;
- c) pomoč v okviru sekundarne solidarnosti države: denarne in druge oblike pomoči prek javnofinančno vzdržnih javnih sistemov socialne varnosti;
- d) širjenje spontanega in organiziranega prostovoljstva;
- e) v svetu je veliko govora in tudi že nekaj poskusov uvedbe univerzalnega temeljnega dohodka (UTD): z redistribucijo družbenega bogastva bi v sodobnih družbah uveljavili visoko raven socialne pravičnosti (socialna enakost, egalitarni sindrom); za mnoge pomeni tudi rešitev strahu pred nezanesljivo življenjsko usodo večine prebivalstva (zlasti starejšega) v prihodnosti; za gospodarstvenike pa pomeni socialno utvaro in potuho, saj bi povzročil pri ljudeh demotiviranost za delo in izstop iz trga dela;
- f) ideji UTD je blizu tudi ideja o celostni »integrirani dolgotrajni oskrbi« (ekonomski, zdravstveni, socialni), s katero bi zagotavljali ljudem, zlasti po končanem delovnem obdobju, »spodobno« življenje in varnost v starosti; upravljanje in administrativno vodenje naj bi teklo iz enega centra (prispevek k racionalizaciji javnega sektorja).

3 ZDRAVJE POSAMEZNIKA IN SKUPNOSTI

Pomen »pravice do zdravja«: izbira načina življenja sodi v kategorijo »svobodne volje« (mora pa vključevati tudi odgovornost za posledice svobodne izbire); zdravje zagotavlja optimalno delovno sposobnost (ekonomski vidik) ter uživanje materialne in duhovne blaginje življenja (socialni vidik); »pravica do zdravja« je vključena v Splošno deklaracijo človekovih pravic; indeks človekovega razvoja (materialna blaginja, izobrazba, zdravje, socialni položaj).

Dejavniki zdravja: zdrav način življenja (ključni dejavnik zdravja), dedni in biološki dejavniki, zdravo naravno okolje (zrak, voda, hrana) in družbeno okolje, učinkovito in uspešno zdravstvo.

Pravice do zdravja in dolžnosti do njega: skrb in odgovornost za lastno zdravje je sestavni del odgovornosti za lastno življenjsko usodo (ključni za zdravje sta zdravo prehranjevanje in primerna fizična aktivnost); pomeni tudi zmanjšanje finančnih bremen zdravstva (notranja zdravstvena rezerva); zdravstvena vzgoja in zgledi (zdravstveno in športno vzgojo vključiti v šolske programe vseh šol na vseh ravneh); centri za krepitev zdravja v zdravstvenih domovih (motivacija za zdravo življenje).

Zdravo življenje: ravnovesje med zdravim prehranjevanjem in primerno fizično aktivnostjo ter objektivne omejitve.

- Prehranjevanje: vsiljeno potrošništvo v razvitem svetu (industrijska pridelava hrane, Slovenija ima rekordno kvadraturu supermarketov), pretirana ješčnost in premalo fizične aktivnosti (nevarnost globalne epidemije debelosti); neoporečnost vode (v Sloveniji samo še $\frac{1}{4}$, hormonski motilci, strupi); podpirati male kmetije na nedegradiranih obdelovalnih površinah (40 % je že degradiranih);
- Fizična aktivnost: fizično delo prevzemajo stroji, najti najrazličnejše druge oblike fizične aktivnosti, ki naj postanejo način življenja.

Nezdravo življenje: odklanjanje obveznega cepljenja; nezdrave navade in razvade (zloraba alkohola, kajenje, droge); »krivda« za bolezen ali poškodbo (posledica zavestne izbire nezdravega življenja, primeri nesporne pozitivne korelacije med nezdravim življenjem in poškodbo zdravja); možnost sankcioniranja krivde (moralno, materialno).

Medikalizacija življenja (sodobni trendi potrošniške družbe): čim bolj pri miru pustiti ljudi, ki so se zavestno odločili za zdravo življenje, so zdravi, ali se počutijo zdrave ter normalno opravljajo dnevne delovne dolžnosti; samo resnično strokovno utemeljeni preventivni zdravstveni programi; zaželeno je strokovno utemeljeno in razumno samozdravljenje (korektno ozaveščanje ljudi); nepotrebna ali manj potrebna preventivna »zdravila za zdrave«. (Zdrave ljudi je nedopustno ustrahovati in jih spreminjati v namišljene bolnike, ki potem nepotrebno obiskujejo zdravnike); komercialni motivi farmacevtske industrije.

4 SPLOŠNI CILJI REFORME ZDRAVSTVA

1. Varovati in krepiti zdravje posameznika in skupnosti.
2. Ponovno doseči stabilno in dolgoročno javno-finančno vzdržnost javnega sistema zdravstvenega varstva (v nadaljevanju: zdravstvo) kot skupno dobro.
3. Umestiti zgradbo in delovanje zdravstva v uresničevanje razvojne vizije in strateških ciljev slovenske države.
4. Preprečiti nenadzorovano komercializacijo in privatizacijo zdravstva:
 - a) Potrebna je taka reforma zdravstva, ki se bo udeleževala neodvisno od ideoloških opredelitev vsakokratne vladne koalicije (zdravstvo je nepolitično področje).
 - b) Optimalno usklajen dolgoročni odnos med učinkovitostjo narodnega gospodarstva in družbeno solidarnostjo olajša načrtovanje do-

pustne javnofinančne porabe v zdravstvu ter iskanje morebitnih dodatnih potreb po večji udeležbi zasebnih sredstev pri zagotavljanju njegove finančne vzdržnosti.

- c) Pravočasno ustaviti prizadevanja nekaterih družbenih skupin za spontano deregulacijo in privatizacijo zdravstva.
- d) Zelo jasno rešiti temeljno razvojno dilemo: ali resnično želimo ohraniti nepridobitno javno zdravstvo kot skupno dobro, ali želimo preobraziti zdravstvo v gospodarsko dejavnost na osnovi liberalizma in konkurenčnega trga zdravstvenih storitev.

Cilji zdravstvene reforme so skladni s cilji zapisanimi v koalicijski pogodbi vlade v mandatu 2014–2018: krepiti vlogo javnega zdravstva, jasno ločiti javno in zasebno zdravstveno dejavnost, ohraniti pravice iz čim bolj polnega OZZ in ponovno doseči javno-finančno vzdržnost javnega zdravstva.

5 PODSISTEMI ZDRAVSTVA

5.1 Zdravstvena politika

Cilji zdravstvene politike

1. Določiti obseg in sestavo skupnih zdravstvenih dobrin v obveznem zdravstvenem zavarovanju (pravice iz OZZ).
2. Organizirati strukturno delovanje zdravstva na način, da bo dosežena skladnost med pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostmi človeških in materialnih virov v mreži javne zdravstvene službe ter zadostnimi razpoložljivimi finančnimi sredstvi (javnimi in zasebnimi).
3. Poskrbeti za sposoben in odgovoren javni zdravstveni menedžment in zagotavljati učinkovit strokovni in finančni nadzor delovanja zdravstva.
4. Natančno razmejiti javno in zasebno zdravstveno dejavnost v zdravstvu.
5. Oblikovati nujno potrebno jasno in skladno zdravstveno zakonodajo.

Zdravstvo v Sloveniji: model obveznega zdravstvenega zavarovanja (Bismarckov model); spogledovanje z modelom nacionalne zdravstvene službe (Beveridgev model) je nepotrebno.

Ključna področja sprememb so, kako doseči družbeno in politično soglasje pri odgovoru na navedena vprašanja:

- a) kaj bomo še delali v zdravstvu na javni račun? (pregled obsega in vsebine sedanjih pravic iz OZZ in prečiščena izbira skupnih zdravstvenih dobrin);

- b) kako in kdo bo delal? (enakomerna geografska in kadrovska porazdelitev zmogljivosti izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe);
- c) po čem bomo delali? (zanesljiva dolgoročna razpoložljivost javnih in zasebnih finančnih virov ter skrb za njihovo gospodarno porabo).

Zasebna sredstva: glede na moč narodnega gospodarstva ni odveč razmišljanje o dopustni ravni zasebnega (do)plačevanja k stroškom koriščenja pravic iz OZZ (pričakujemo dvig neto dohodkov prebivalstva, preseči je treba široko in trdoživo zastojkarsko miselnost v zdravstvu).

Socialne storitve v zdravstvu: posledice vključevanja (vsiljevanja) socialnih pravic dolgotrajne oskrbe (DO) in paliativne oskrbe v zdravstvu; možnosti integrirane zdravstvene in dolgotrajne oskrbe (racionalizacija obeh na ravni države); vsebina DO (pomoč pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil; pomoč potrebuje 60 tisoč državljanov); paliativna oskrba (zdravstvena in socialna pomoč umirajočim, neozdravljivo bolnim ter žalujočim; skrb za dostojanstveno umiranje na javni račun sodi v standarde postmoderne civilizirane družbe); morebitna potreba po novih poklicih v javnih sistemih socialne varnosti.

Izprijenost v zdravstvu: javna zdravstvena politika ne sme popuščati spontanim zasebnim zdravstvenim kupčijam pri zadovoljevanju zdravstvenih potreb bolnikov (dopustna je določena in nadzorovana vzajemna soodvisnost javnega in zasebnega zdravstva).

Naloge zdravstvene politike

1. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (košarica pravic OZZ)

Kritični pregled in racionalizacija obsega in vsebine skupnih dobrin iz OZZ: o možnih spremembah obsega in vsebine pravic iz OZZ določa država po soočenju načela univerzalnosti človekovih pravic in načela partikularnosti države (pravica nosilcev oblasti do ocene konkretnih političnih, ekonomskih in socialnih razmer v državi ter spreminjanja družbenih odnosov); pravice v zdravstvu ne morejo določati ali spreminjati izvajalci javnih zdravstvenih programov v mreži javne zdravstvene službe ali izvajalec OZZ.

Skupine zdravstvenih dobrin: zdravstvene storitve, zdravila in medicinski pripomočki, nezdravstvene storitve, denarne dajatve.

Namen kritičnega pregleda:

- a) pravice ohraniti, omejiti (stvarno, finančno) ali izločiti iz OZZ,
- b) koriščenje ohranjenih zdravstvenih dobrin iz OZZ ostaja na javni račun v celoti ali z zasebnim (neposrednim ali posrednim) doplačevanjem k stroškom posameznih zdravstvenih dobrin oz. zdravstvenih obravnav (participacija).

Možnosti finančne racionalizacije po skupinah dobrin: večja zasebna finančna udeležba (sofinanciranje, odbitna franšiza) ali izločitev pravice.

Zdravstvene storitve: prvi obisk pri IOZ (vsak Slovenec 7x obišče zdravnika, kar je največkrat med Evropejci), drugo zdravniško mnenje, osebno načrtovanje zdravstvene obravnave in možnost varčevanja zanj (estetski operativni posegi, zobozdravstvo, kontracepcija in abortus na lastno željo), predvidljive poškodbe (nevarne športne in druge adrenalinske aktivnosti), poškodbe zdravja zaradi zavestne izbire nezdravega življenja (zavračanje obvezne preventivne zaščite, zdravstvene posledice alkoholizma, kajenja, uživanja drog).

Zdravila in medicinski pripomočki: pretirano število receptov oziroma zdravil (letno zavržemo 40 ton zdravil), določeni sanitetni material (očesne leče, povoji, obliži, plenice), medicinski pripomočki in tehnična oprema (bergle, hojce, postelje, ceneni pripomočki).

Nezdravstvene storitve: nastanitev in bivanje v bolnišnici (hotelski del bolnišničnega zdravljenja, verske aktivnosti v javnih zdravstvenih organizacijah), spremstvo (preventivna letovanja, rehabilitacije), sobivanje z bolnikom v bolnišnici, nenujni reševalni prevozi.

Denarne dajatve (sodijo v socialno varstvo in so zdravstvu vsiljene): potni stroški, nadomestilo plače za čas odsotnosti od dela zaradi bolezni in zdravljenja (delovni in finančni problemi dolgih in pogosto tudi nepotrebnih odsotnosti), nekaj prvih dni absentizma brez nadomestila.

2. Mreža javne zdravstvene službe

Enakopravna dostopnost: natančna in enakomerna geografska porazdelitev človeških in materialnih zmogljivosti na treh ravneh zdravstvene dejavnosti (primarna, sekundarna in terciarna): zagotavljanje optimalne fizične dostopnosti bolnikov do ustrezne zdravstvene obravnave v razumnem roku.

Primarna raven zdravstvene dejavnosti (osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost) razvojno zanemarjena, deficitarna in podcenjena; *družinska medicina mora imeti v zdravstvu prioriteto, je temelj zdravstva, saj morajo biti zdravstveni sistemi usmerjeni v osnovno zdravstveno dejavnost* (Ljubljanska listina, 1996); izjemna deficitarnost zdravstvenih delavcev (primanjkuje več sto zdravnikov, kar predstavlja razlog za preveliko število napotovanj na višjo raven zdravstvene dejavnosti); *na primarni ravni se mora končati 80 % vseh zdravljenj*; deficitarnost je tudi med vzroki dolgih čakalnih vrst (čakanje na diagnozo in odločitev o potrebni zdravstveni obravnavi je načeloma nedopustno); *tudi mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni naj zagotavlja in nadzira država* (sedaj to delajo občine).

Sekundarna raven zdravstvene dejavnosti (specialistična ambulantna in specialistična bolnišnična dejavnost): ustrezno število in geografska porazdelitev specialističnih ambulant ter splošnih in specialnih bolnišnic.

Terciarna raven zdravstvene dejavnosti (klinike in inštituti): koliko pravih klinik in inštitutov potrebuje Slovenija?

Organizacijsko (strokovno, poslovno) povezovanje izvajalcev javnih zdravstvenih programov v mreži javne zdravstvene službe: možnost racionalizacije geografske organiziranosti in delovanja izvajalcev na ravni pokrajin (ki jih še ni) in države (notranje rezerve gospodarne rabe in porabe javnih finančnih sredstev);

Združevanje določenih zdravstvenih dejavnosti kot dodana vrednost ali napaka:

- a) primer dobre rešitve je holding Osnovno zdravstvo Gorenjske,
- b) primer slabe rešitve je Univerzitetni klinični center (UKC) v Ljubljani (nenormalna zlepljenost sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti); nedopustni privilegij bolnikov (zdravljenje na kliniki namesto v regijski bolnišnici); prevelik, poslovno neobvladljiv in predrag; porabi dobro tretjino sredstev za specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost v Sloveniji; poslovanje 2017 z izgubo, kljub donaciji 80 mio € iz proračuna RS.

»**Illegalna**« **mreža zasebne zdravstvene dejavnosti** (nevarnost nastajanja): trg zasebnih zdravstvenih storitev; udeleženci (»čisti« zasebni zdravstveni delavci, koncesionarji, zaposleni v javnih zdravstvenih organizacijah zunaj rednega delovnega časa); gre za odgovor bolnikov in medicinske stroke na predolge čakalne vrste.

3. Finančna sredstva (javna in zasebna)

Zagotavljanje finančne vzdržnosti delovanja zdravstva (sedaj in v prihodnosti): dolgoročno vzdržno financiranje zdravstva terja usklajeno delovanje zdravstvene politike, medicinske stroke in gospodarstva; brez soudeležbe zasebnih sredstev (neposredno ali prek dodatnih PZZ) bodo pritiski na javne finance v prihodnosti postali nevzdržni (v obdobju »debelih krav« moramo razmišljati tudi o morebitni recesiji).

Finančna sredstva za zdravstvo in zdravje: velike razlike v razpoložljivih sredstvih za zdravstvo med državami ne pomenijo tudi takšnih razlik v zdravju prebivalstva; najprej moramo poiskati notranje rezerve v organiziranosti in delovanju izvajalcev znotraj mreže, in šele nato iskati dodaten denar (predvidena letna rast sredstev za zdravstvo v razvitih dolgoživih družbah naj bi bila 4–5 %); raznolikost finančnih virov (javni zdravstveni zavaroval-

ni sklad, zdravstveno zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, avtomobilsko zavarovanje, zasebni viri).

Načrtovanje finančne porabe v poslovnih obdobjih: soočenje in usklajevanje vrednosti agregatne ponudbe zdravstvenih programov izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe ter vrednosti agregatnega povpraševanja po njih (dopustni obseg razpoložljivih javnih finančnih sredstev OZZ).

Zdravstvena poraba v Sloveniji za leto 2018. Skupna načrtovana javna in zasebna poraba je ocenjena na 3,727 mrd €. Od tega:

- a) *javna poraba* (finančni načrt ZZZS) 2.847 € (76,4 %) ter
- b) *zasebna poraba* (dopolnilno PZZ) 450 mio € (12,1 %) in ocena zdravstvene porabe »iz žepa« 430 mio € (11,5 %)

Zasebna sredstva v zdravstvu: udeležba konkretnih bolnikov v stroških zdravstvene obravnave na javni račun se bo v prihodnosti verjetno povečevala; z gospodarsko rastjo pa se bodo povečevali tudi neto dohodki prebivalstva; morda se bodo morali številni v prihodnosti odločati med izdatki za boljše, lastno zdravje, ter izdatki za nakup drugih, manj koristnih ali celo nekoristnih in nepotrebnih dobrin; počasi bo potrebno omehčati tudi trdoživo zastojkarstvo v zdravstvu.

»Prave« **cene zdravstvenih dobrin iz OZZ:** računanje (kalkulacija) cen na osnovi vrednosti proizvodnih tvorcev (delo, delovne priprave, material) v normiranem delovanju (ne v mirovanju, tedaj so le nepotrebni izdatki in ne stroški.) V ceni so le stroški tekoče (konzumne) dejavnosti, izdatki za naložbeno (kapitalsko) dejavnost in investicijsko vzdrževanje v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja (Bismarckov model) pa bremenijo državo in občine kot ustanoviteljice in lastnice javnih zdravstvenih organizacij.

»Prave« cene storitev je treba izračunavati posebej za vsako vrsto zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh; cene potrди država, uporabljajo pa jih izvajalci javnih zdravstvenih programov v mreži javne zdravstvene službe po dogovorih med partnerji in sklepanju pogodb.

»Uteži« na »prave« cene pomenijo različne cene enakih storitev pri izvajalcih glede na raven zdravstvene dejavnosti; možna rešitev so enake cene za enake storitve pri vseh izvajalcih na vseh ravneh.

Predvideno financiranje dolgotrajne oskrbe: 70 % javno, 30 % zasebno.

4. Javno-zasebno partnerstvo in »privatizacija« v zdravstvu

Javno-zasebno partnerstvo: različne oblike medsebojnega sodelovanja in dopolnjevanja v tekoči in naložbeni dejavnosti (sinergija, večji skupni učinki); obliki (zasebno opravljanje javnih nalog ali javno sofinanciranje zasebnih projektov, ki so v javnem interesu); naravni konflikt med javnim interesom (povečevanje

blaginje skupnosti) in zasebnim interesom (ustvarjanje dobička); možne težave (zlorabe, korupcija, dvomljiva kakovost; načelno mnenje KPK, 2014).

Deklarirane prednosti zasebnega opravljanja zdravstvenih storitev pred javnim opravljanjem niso dokazane: mit zasebnega zdravstvenega trga (cenejši, bolj učinkovit, uspešen, konkurenčen, dinamičen); domnevne slabosti javnega opravljanja zdravstvenih storitev (zapravljivost, počasnost, neprožnost).

Koncesije v zdravstvu: definicija (dovoljenje države za zasebno opravljanje javnih nalog); v zdravstvu to ni pravica zdravstvenih delavcev, pač pa priložnost (privilegij brez koncesnine); koncesije ni mogoče prodati niti dedovati; potreba po strogem nadzoru države; časovno omejevanje koncesij ni potrebno (možni pogoji o prenehanju so v pogodbi o koncesiji).

Delo zunaj rednega delovnega časa (zaposlenih v javnih zdravstvenih organizacijah):

- a) pri domačem delodajalcu (nujno potrebno nadurno delo, samoplačniška ambulanta v režiji delodajalca),
- b) pri drugem delodajalcu (»dvoživke«); obvezno pisno soglasje ali konkurenčna prepoved (ne konkurenčna klavzula) domačega delodajalca; pogodba med domačim in »tujim« delodajalcem o delu in plačilu (natančno opredeliti in nadzorovati obseg in vsebino dela); v nekaterih državah je dvojna zdravnikova praksa prepovedana (ogroža sistem javne zdravstvene varnosti); možnost napačnega razumevanja »svobode zdravniškega poklica«.

Nenadzorovano zasebno delo v javnem zdravstvu: socialna država ne sme dopustiti, da bi postale resne bolezni in poškodbe ljudi ter njihovo zdravljenje tržno blago; nevarnost izključljivosti nekaterih bolnikov (plačilna nesposobnost revnejših bolnikov); možnost neetične prevlade pohlepnosti nad poklicno empatijo.

»Privatizacija« v zdravstvu:

- Prava privatizacija v javnem sektorju: lastninjenje državnega premoženja v korist fizičnih in pravnih oseb zasebnega prava.
- Obliki lastnine:
 - a) pravna lastnina (pravica razpolaganja z lastnino), primer zasebna bolnišnica,
 - b) ekonomska lastnina (uporaba in uživanje sadov tuje lastnine), primer delo zasebnega zdravnika v prostorih javnega zdravstvenega zavoda.
- Možnosti lastniškega preoblikovanja v zdravstvu: oblike dela izvajalcev zdravstvenih programov v svojem imenu in za svoj račun.

5. Profesionalizacija javnega zdravstvenega menedžmenta

Raven kakovosti zdravstvenega menedžmenta: zanemarjena profesionalizacija javnega zdravstvenega menedžmenta (menedžerski deficit v zdravstvu je med večjimi vzroki organizacijske in javno-finančne krize ter čakalnih vrst v zdravstvu).

Prednosti korporativnega upravljanja in vodenja: hiter razvoj novih (in dragih) medicinskih tehnologij terja združevanje istovrstnih ali sorodnih izvajalskih organizacij (vsi ne morejo delati vsega).

Lastnosti dobrega menedžerja: dobro poznavanje dejavnosti področja ter menedžerskih funkcij, intelektualna širina (ustrezna izobrazba in prirojena razumnost), hrabrost in odgovornost.

Pravilno razumevanje avtonomije in diskrecijske pravice menedžmenta v javnem sektorju: avtonomija (ni neodvisnost, je le določena samostojnost pri ravnanju po napisanih ali nenapisanih pravilih), diskrecijska pravica (pravica odločanja po osebni presoji).

Zavedanje nevarnosti: precejevanje menedžerskih sposobnosti in podcenjevanje tveganj (Petrovo načelo avtorefleksije).

Možnosti izobraževanja in usposabljanja menedžerjev v zdravstvu: poudarek na posebnostih upravljanja in vodenja zdravstva kot zelo zahtevnega delovno-intenzivnega področja; krepitev nepridobitnega podjetniškega obnašanja v zdravstvu.

Rešiti trajno dilemo: ali naj javno zdravstveno organizacijo vodi dober zdravnik brez oz. s skromnim menedžerskim znanjem (iz dobrega zdravnika lahko dobimo slabega direktorja) ali dober menedžer.

6. Varovanje interesov bolnika

Nediskriminatorna obravnava bolnikov: zdravstvena politika mora poskrbeti za ustrezne zakonske in druge predpise, ki zagotavljajo pravočasno dostopnost vseh zavarovanih oseb OZZ do potrebne in kakovostne zdravstvene obravnave; Naloge in poslanstvo varuha bolnikovih pravic, poklicnih združenj v zdravstvu, humanitarnih organizacij, organizacij bolnikov ter objektivnih (neodvisnih) medijev.

7. Informacijska podpora

Informacijski sistem v zdravstvu: racionalen, enoten in logično povezan informacijski sistem; izogibanje utrujajoči informacijski zasičenosti (najmanjši potrebni nabor pomembnih in zanesljivih podatkov ter informacij); zdravniki ne smejo postati administratorji, ki se ukvarjajo z računalniškimi programi in papirji, namesto z bolniki.

Nenehno množenje in uvajanje E-programov v zdravstvo ne povečuje njegove učinkovitosti in uspešnosti; neposredni stik in komuniciranje med bolnikom in zdravnikom je še vedno nenadomestljivo (živ medsebojni odnos krepi zaupanje bolnika v pravilnost zdravstvene obravnave); pretirano in nenadzorovano širjenje informacijske podpore povzroča v javnem sektorju, ne le v zdravstvu, nepotrebno dodatno zaposlovanje v administraciji (ob tem pa nekaterih zdravstvenih delavcev močno primanjkuje).

Zdravstvena pismenost ljudi in sposobnost razumevanja zdravstvenih predpisov in dokumentov: v EU in v Sloveniji je le tretjina ljudi omejeno zdravstveno pismenih (najbolj ranljivi so ljudje po 65. letu starosti).

8. Vnašanje pravnega reda EU v domači pravni red

EU še nima »evropskega socialnega sporazuma«: na področjih pravnega urejanja javnih sistemov socialne varnosti so članice še vedno suverene, zato moramo biti pozorni na načelo prednosti domačega pravnega reda.

Pravni red EU (primarni, sekundarni, terciarni): uresničevanje navodil (direktiv) EU (sekundarni pravni red EU) zahteva le zdravorazumsko uglasitev (harmonizacijo) z domačim pravnim redom in ne poenotenja (unifikacije) s pravnim redom EU; primer direktive EU o »čezmejnem zdravstvenem varstvu«.

Ideja EU o individualni pravici bolnikov do čezmejnega zdravstvenega varstva (»evropski bolnik«).

9. Spreminjanje zdravstvene zakonodaje

Spreminjanje predpisov v procesu reforme zdravstva: šele po strpni in strokovni razpravi ter doseženim širokim družbenim in političnim soglasjem; reforma zdravstva se s celostnimi in nomotetično brezhibnimi spremembami predpisov že konča in ne začenja (preuranjeni začetek parcialnega spreminjanja številnih zakonov, ki nimajo širokega soglasja, ni prava reforma zdravstva). Zdravstvo potrebuje čim manj **nujno potrebnih kakovostnih predpisov** v korist zdravja ljudi (»vladavina zdravja«); ti naj bodo v resnično pomoč strokovnim in poslovnim menedžerjem pri kakovostnem upravljanju in vodenju zdravstva ter zdravstvenim delavcem pri vsakdanjih zdravstvenih obravnavah.

»**Zakonodajna sredina**« v zdravstvu kot delovno intenzivni dejavnosti: v dilemi med prenормiranjem in podnormiranjem v zdravstvu se moramo vedno odločiti za slednje; za uspešno delo zdravstvenih delavcev je pomembno (lahko celo odločilno) strokovno znanje, izkušnje, strokovna pravila, empatija, morala; preveč predpisov v javnih sistemih socialne varnosti lahko vodi v zakonski kaos.

Mnenja in predlogi organizacij zdravnikov: odprava koncesij in monopolov, posodobitev upravljanja zdravstva in zdravstvenega zavarovanja, izločitev zdravnikov iz sistema javnih uslužbencev, uvedba odškodninskega sklada, pravičen izračun cene zdravstvenih storitev.

5.2 Zdravstvena dejavnost

Cilji zdravstvene dejavnosti

1. Zagotoviti vsem bolnikom pravočasno in kakovostno zdravstveno obravnavo v okviru razpoložljivih človeških, materialnih in finančnih virov v zdravstvu.
2. Optimizirati organiziranost ter racionalizirati strokovne in poslovne procese izvajalcev javnih zdravstvenih programov v mreži javne zdravstvene službe.
3. Utrjevati zavedanje, da je zdravstvo nepolitično področje in skupno dobro, ki ne more biti pridobitna gospodarska dejavnost.

Doseganje ciljev: nujno je tvorno sodelovanje vseh zdravstvenih politik, izvajalcev javnih zdravstvenih programov in javnega plačnika zdravstvenih dobrin iz OZZ.

Za zdravnike in druge zdravstvene delavce mora biti skrb za zdravje bolnika najvišji zakon (»Salus aegroti suprema lex!«).

Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno dejavnost

1. Obolevnost razvitih družb

Oblike obolevanja v razvitih družbah:

- akutne (nalezljive bolezni): večinoma premagane (nevarnost novih!),
- kronične (nenalezljive bolezni): srčno-žilne bolezni, onkološka obolevanja, poškodbe, možganska kap, sladkorna bolezen, bolezni gibal ...,
- neželene motnje zdravja in stanja: demenca, duševne motnje, depresija, stres, pretirana debelost ...,
- možnosti novih bolezni v prihodnosti: zastrupitev s hrano (uporaba zdravju nevarnih kemičnih snovi v pridelavi in industrijski predelavi hrane; negotova neoporečnost pitne vode in zraka),
- značilne bolezni žensk in moških,
- umrljivost dojenčkov v Sloveniji (1,6 % živorojenih, najmanj med državami OECD).

Varovanje in krepitev zdravja ter pravočasno zaznavanje obolevnosti (strokovno utemeljeni preventivni pregledi, brez tržnih spekulacij).

2. Zdravstveni delavci

Število zdravstvenih delavcev in porazdelitev v mreži javne zdravstvene službe: zadosti, premalo, preveč; katerih, kje, koliko; prizadevanja za enakomerno porazdelitev v mreži (sedanje stanje, potrebni popravki); spolna struktura zdravnikov (zdravnice 62,5 %, zdravniki 37,5 %).

Primerjava z »Optimumom EU«: neskladna porazdelitev zdravnikov specialistov (v nekaterih zdravstvenih dejavnosti do 60 % premalo, v drugih do 40 % preveč); ozka grla so tudi med razlogi za predolge čakalne vrste.

Število zdravnikov (2015) skupaj 5637 (100 %): v javnih zdravstvenih organizacijah 67 %, število koncesionarjev 23 %, število zasebnih zdravnikov 10 %; deficitarnost določenih poklicev (medicinske sestre, zdravniki v novih urgentnih centrih, družinski zdravniki, pediatri, pedopsihiatri, radiologi ...); možnosti zmanjševanja deficitarnosti.

EU ima 18 mio zdravnikov in načrtuje še 10 % dodatnih: hitro naraščanje zdravstvenih potreb v sodobnih dolgoživih družbah.

Razumna kritičnost v primerjavi zdravja prebivalstva s številom zdravstvenih delavcev v bogatejših ali revnejših državah: zdravje prebivalstva ni odvisno le od števila zdravstvenih delavcev.

3. Šolanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev

Vpis v zdravstvene šole: prijave za vpis na medicinsko fakulteto (MF) presegajo število razpisanih mest; za vpis na MF naj ne bo merilo le število zbranih točk, ki jih pridobi kandidat v dotedanjem šolanju.

Ob vpisu še dodatno preverjanje bistvenih značajske lastnosti bodočega zdravstvenega delavca (socialnost, etika, solidarnost, empatija), poznavanje in spoštovanje kodeksa zdravniške etike (izkoriščanje zdravstvenih in ekonomskih stisk bolnikov zaradi osebnih koristi zdravnika je zavrženo dejanje).

Že pri vpisu v zdravstvene šole bi kazalo motivirati bodoče zdravnike in druge zdravstvene delavce za delo v deficitarnih poklicih in na deficitarnih geografskih območjih (vhodna selekcija).

Možne obogatitve študijskih programov: poznavanje desetih točk o vlogi medicine (Štampar), poznavanje poškodb zdravja v sodobnih »hibridnih« oborožitvenih spopadih (t. i. vojna kirurgija), osnove ekonomike zdravstva.

Šolanje in usposabljanje časovno skrajšati, ga intenzivirati in usmeriti v prakso (*medicina je praksa*).

Delo mladih zdravnikov: po 6-letnem kakovostnem študiju naj gredo mladi zdravniki na delo (pod nadzorom mentorjev) v ambulante družinske medicine in se za ev. specializacijo odločijo kasneje (podpora skrajševanju čakalnih vrst).

Odločanje o specializacijah: naloga strokovnega in poslovnega menedžmenta zdravstvene organizacije v mreži (osnova je sistemizacija delovnih mest).

Specializacija zdravnikov družinske medicine: prevzem zahtevnejših strokovnih nalog (kontrola po bolnišničnem zdravljenju, mala kirurgija ...).

Novi delavci in sodelavci v zdravstvu: natančno opredeliti pristojnosti in odgovornosti diplomirane medicinske sestre v »referenčni« ambulanti (prevzem nekaterih nalog družinskega zdravnika pod njegovim nadzorom) ter farmacevta svetovalca v zdravniškem timu pri konkretnih zdravstvenih obravnavah (z vidikov farmakovigilance).

Dolgotrajna (socialna) oskrba v zdravstvu: » integrirana dolgotrajna oskrba« (socialne storitve in storitve zdravstvene oskrbe).

Oblikovanje relativno avtonomnih skupin, v katerih bodo profesionalci (ustrezno strokovno usposobljeni socialni in zdravstveni delavci) in prostovoljci. Naloga skupin: dobro poznavanje uporabnikov in njihovih resničnih potreb in njihove okolice, opravljanje potrebnih storitev, tvorno sodelovanje z uporabnikovimi sorodniki in sosedi (prenos znanja in izkušenj) in, kar je z vidika današnjega življenjskega tempa nujno, hitro prilagajanje spremenjenim potrebam uporabnikov.

4. Zaposlovanje – priprava na delo in delovno okolje:

Narava dejavnosti: delovno intenzivna dejavnost ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev; natančna sistemizacija delovnih mest, opredeliti zahtevnost dela in ustrezno nagrajevanje.

Obseg dela: normativi učinkovitosti in intenzivnosti dela; v delovno intenzivnih dejavnostih vsega opravljenega dela ni mogoče kvantificirati (delo lahko oceni vodja); optimalna izraba prostorov, delovnih priprav in materiala; odgovornost za opravljeno delo in učinkovit nadzor.

Kakovost dela: strokovna uspešnost (izidi zdravstvenih obravnav), poslovna uspešnost in poslovanje brez izgub, poklicna izpopolnjevanja, interno obravnavanje in popravljanje napak.

Servisiranje: vzdrževanje materialne infrastrukture, prostorov in opreme, oskrbovalna veriga zaloga zdravil, medicinskih pripomočkov in drugega materiala.

Zmanjševanje deficitarnosti zdravstvenih delavcev (prednostno in stimulatивно zaposlovanje v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki so »vrata v sistem«, predvsem v manj privlačnih geografskih območjih); možnost nadzorovanega zaposlovanja zdravnikov pred specializacijo.

Problematika odhoda zdravnikov iz države, »beg možganov«, in predlog možnega reševanja:

- a) študij in usposabljanje zdravnikov v Sloveniji na javni račun: po končani specializaciji in pridobitvi licence za samostojno opravljanje zdravniškega poklica obvezna zaposlitev v javni zdravstveni organizaciji v mreži javne zdravstvene službe v Sloveniji vsaj za obdobje študija in specializacije; pogoj za predčasen odhod v tujino je povrnitev javnih izdatkov za študij in specializacijo državi;
- b) študij in usposabljanje zdravnikov v Sloveniji na zasebni račun: po pridobitvi licence je možna svobodna osebna odločitev za kraj in čas opravljanja zdravniškega poklica.

Posledice brezpogojnega »bega«: darilo bogatejšim tujim državam; izgube matične države (kadrovske, ekonomske, razvojne); izguba zdravstvenega strokovnjaka in nekaj sto tisoč evrov javnega denarja za njegovo šolanje in usposabljanje.

Slabi obeti v prihodnosti: napovedi povečevanja števila zdravnikov brezplačno šolanih v Sloveniji, ki naj bi zapustili naš zdravstveni sistem.

5. Delovne obremenitve

Delovni čas: uradno določen redni delovni čas zaposlenih in dejanska prisotnost na delovnem mestu (dnevna – delo z bolniki 6,5 ure, tedenska, letna); predolge odsotnosti (povprečna letna odsotnost zdravnikov je od 50 do 55 delovnih dni; zelo dolga tudi v svetovnem merilu); kaj je sprejemljiva odsotnost in kaj je »razkošje«? Skrajšati redne in izredne dopuste, intenzivirati strokovna izpopolnjevanja; neugodne posledice dolgih odsotnosti zlasti deficitarnih zdravstvenih delavcev.

Narava obremenitev delavcev v zdravstvu: večopravnost (redno ambulantno delo, nadurno delo, dežurstvo ponoči in v dela prostih dnevih, nadomeščanje odsotnih, zdravljenje na domu, dežurna pripravljenost).

Motivacija za delo (notranji in zunanji vplivi): značajske lastnosti, spoštovanje poklica v javnosti, priznanje za opravljeno delo, možnosti dodatnega izobraževanja, stalnost zaposlitve.

Povprečne delovne obremenitve in rezultati dela: uravnoveženost med učinkovitostjo (število storitev v eni uri) in intenzivnostjo (število storitev oz. opravljeno delo v času prisotnosti na delovnem mestu), uspešnost (izidi zdravstvene obravnave, strokovne napake).

Različne obremenitve izbranih osebnih zdravnikov (IOZ) glede na število opredeljenih bolnikov: zeleno povprečno število opredeljenih 1500, dejansko 1750; brez IOZ je 126.000 bolnikov, premalo opredeljenih ima 42 % odstotkov zdravnikov; vpliv na število opredeljenih bolnikov (npr. starost bolnikov).

Nepotrebno ali manj potrebno delo: mnogo preveč obiskov (namišljenih) bolnikov pri zdravniku (vsak Slovenec letno 7 krat obiše zdravnika); »inducirano povpraševanje« (dodatna ponudba storitev na predlog zdravnika); »defenzivna medicina« (dodatne storitve zaradi strahu izvajalcev pred napakami in njihovega obravnavanja v javnih medijih ali na sodiščih).

Preveč napotovanj na višjo raven zdravstvene dejavnosti zaradi deficitarnosti ali preobremenjenosti zdravnikov na primarni ravni; prevelike obremenitve novih urgentnih centrov s pacienti, ki vanje ne sodijo (urgentni center ni dežurna ambulanta).

Boljše izkoriščenosti razpoložljivih prostorov in opreme: delo zunaj rednega delovnega časa (nadurno delo, samoplačniške ambulante).

6. Nagrajevanje

Pomen zdravstva in nagrajevanje zdravstvenih delavcev: zdravstvo je med najbolj pomembnimi družbenimi področji; je skrbnik človekovega zdravja, ki je pogoj za delovno aktivnost in uživanje kakovosti življenja; skladno s pomenom zdravja za posameznika in skupnost, morajo biti zdravstveni delavci v mreži javne zdravstvene službe tudi ustrezno nagrajevani.

Zdravstvo kot specifično področje javnega sektorja države: delavci v zdravstvu so nagrajevani v okviru enotnega plačnega sistema javnega sektorja ob upoštevanju posebnosti dela in odgovornosti.

Sestavljenost finančnih prejemkov: osnovna plača (plačni razred in specifični dodatki), stimulacije, nadomestila za plačo.

Specifični dodatki (variabile) za določanje osnovne plače zaposlenih v zdravstvu: strokovnost (znanstvena stopnja, specializacije, delovne izkušnje in veščine); izjemna odgovornost posameznika in zdravstvenega tima (izidi zdravstvenih obravnav), možnost napak in njihove posledice za človekovo zdravje in življenje; nabor delovnih obremenitev; posebnosti zdravstvenega poklica in delovnih razmer (deficitarnost poklica, specifični bolniki, nevarna sevanja ...).

Merila stimulacije (elementi, osnove, podlage): preseganje povprečnih delovnih obveznosti (bolj uspešnih je le 15–20 %, enako tudi manj uspešnih); večja učinkovitost in intenzivnost dela; »število narejenih točk« in »število opravljenih delovnih ur« nista verodostojni merili; uspešnost (dobri izidi zdravstvenih obravnav, nič ali minimalno število strokovnih napak, zadovoljstvo bolnikov); denarne ali druge možne bonitete za geografsko dislociranost (delo v zahtevnih območjih na obrobju države); gospodarno ravnanje z viri (zniževanje stroškov); stimulacija menedžmenta (doseganje ciljev organizacije).

»Pravična« plačna razmerja med zdravstvenimi delavci: očitna prikrajšanost v osnovni zdravstveni dejavnosti; okvirni skupni prejemki zdravnikov v konkretni državi so od 2 do 4 kratnik povprečne plače v državi.

Nagrajevanje dokazljive strokovne vrhunskosti (»paradni konji« slovenske medicine): vključitev v mednarodno delitev dela, možnost zasebnih postelj v javni zdravstveni organizaciji.

Padajoča krivulja ponudbe dela (odnos med ponudbo dela in višino prejemkov zaposlenih): nenehno povečevanje prejemkov zaradi več ali boljšega dela motivira le do določene višine prejemkov; v nadaljnjem poviševanju prejemkov pa je pripravljenost delavca na še večje delovne napore vse manjša.

Spogledovanje skupnih prejemkov zdravstvenih delavcev pri nas s skupnimi prejemki zdravstvenih delavcev v mnogo bogatejših državah je nesmiselno in neproduktivno.

7. Celovita kakovost zdravstvene obravnave

Kakovost zdravstva v Sloveniji sodi v evropsko sredino: ocenjevanje kakovosti (certifikati, akreditacije, listine, zvezdice, točke poslovne odličnosti ...).

Sestavljenost celovite kakovosti:

- a) strokovni poklicni standardi: optimalni standardi – plačljivi na račun OZZ za vse bolnike, maksimalni standardi – plačljivi z doplačili bolnikov;
- b) zadovoljstvo bolnika: z odnosi v procesu zdravljenja in izidom zdravstvene obravnave;
- c) gospodarna poraba vseh javnih virov: pomembno za javnofinančno vzdržnost javnega zdravstva.

Nove in drage medicinske tehnologije: vnašanje v zdravstveno prakso na račun OZZ: šele po prvih ocenah njihove uspešnosti in določitvi »prave« cene novih tehnologij.

Pomoč pri odločanju o uporabi novih tehnologij: analiza stroškov in koristi (Cost-Benefit Analysis) in ocena zdravstvenih tehnologij (Health Technology Assessment).

Ne smemo prezreti komercialnih interesov farmacevtske industrije: stara, cenena in učinkovita zdravila opuščamo in jih menjamo za nova, dražja zdravila (vsako leto je 600 novih zdravil, 300 starih opuščamo, letno zavržemo 40 ton zdravil!); kritičnost tudi do »na dokazih temelječe medicine« (Evidence-Based Medicine).

Sodobna medicina je še vedno izkustvena praksa (vprašljivo je, ali bo medicina kdaj čista znanost).

Obvladovanje strokovnih napak v zdravstveni praksi: naloga samokritične medicinske stroke (strokovnih poklicnih organizacij); škodljivo javno obravnavanje strokovnih napak (širjenje nezaupanja do zdravstva, nepotrebni novinarski senzacionalizem); varovati ugled zdravstvenih delavcev in njihovo poklicno avtonomijo ter diskrecijsko pravico pri strokovnih odločitvah pred nasiljem medijskih amaterjev in nasilnih bolnikov.

Cilji raziskovanja človekovega genoma (človekovega dednega materiala): ali naj človek z naravo sodeluje, ali naj si jo poskuša podrediti in ji ukazovati (vprašljiva odgovornost znanstvenikov za možne negativne zdravstvene in socialne posledice odkritij na nekaterih področjih medicinske znanosti).

Vprašanje evtanazije (»dobre smrti«): čigavo je življenje in kdo o njem odloča; spoštovanje nesporne bolnikove svobodne volje (primeri neozdravljive bolezni in neznosnih bolečin); zahtevni postopki in odgovornost vseh sodelujočih; ali k pravici do življenja sodi tudi pravica do smrti?

Sodelovanje uradne medicine s t. i. alternativno medicino: tudi uradna medicina pozna placebo učinek (zdravilo brez zdravilne snovi); sprejemljivost »integrativne« medicine (sinergija uradne in alternativne medicine).

8. Čakalne vrste

Čakalne vrste so problem javnega zdravstva **v vseh državah:** glede na razlike v resnosti določene bolezni ali poškodbe so razumne čakalne vrste sprejemljive.

Vzroki: naraščanje zdravstvenih potreb, premalo zmogljivosti in njihova neenakomerna strokovna ali geografska porazdelitev; razlike v organiziranosti in produktivnosti dela izvajalcev; pomanjkanje javnega denarja glede na obseg pravic iz OZZ; prepoved zaposlovanja mladih zdravnikov pred specializacijo in pridobitvijo licence ...; poskusi skrajševanja čakalnih vrst (zgolj iskanje dodatnega denarja je premalo).

Model obvladovanja čakalnih vrst (Zwitter, 2016):

- a) določiti obseg pravic iz OZZ, ki bodo plačljive na javni račun po realnih (»pravih«) cenah,
- b) udeležba bolnika pri stroških zdravstvenih storitev ali zdravstvene obravnave (participacija ali sofinanciranje bolnika do približno 10 % cene, največ 3 % dohodnine preteklega leta, bogatejši morda več),
- c) čim več dela opraviti na primarni ravni (čakanje na pregled, diagnozo in odločitev o vrsti potrebnega zdravljenja je nedopustno),
- d) specializacija bolnišnic (vsi ne morejo delati vsega),
- e) kakovostno upravljanje in vodenje zdravstvenih organizacij ter »pravično« nagrajevanje delavcev;

f) sodelovanje in povezanost med izvajalci (dvig kakovosti zdravstvene obravnave).

Preskakovanje čakalnih vrst: sedanje preskakovanje čakalnih vrst je povsem nenadzorovano (umetno ustvarjanje čakalnih vrst, nemoralno izsiljevanje zasebnega financiranja, finančne stiske bolnikov, sistemska korupcija); možnost dopustnega in nadzorovanega preskakovanja čakalnih vrst zaradi visokega in dolgotrajnega absentizma zaposlenih (dnevno je odsotnih z dela 56.000 delavcev, javni izdatki za odsotnosti nad 30 dni so 321 mio € letno).

9. Vodenje javne zdravstvene organizacije

Pomen uspešnega vodenja: že omenjena večja skrb in odgovornost za lastno zdravje ter kakovostno vodenje strokovnih in poslovnih procesov izvajalcev javnih zdravstvenih programov brez izgub v poslovnih obdobjih – sta med večjimi notranjimi rezervami uspešne zdravstvene reforme.

Analogija vodenja nepridobitne zdravstvene organizacije s podjetniškim vodenjem:

- a) vitalne poslovne funkcije: vodenje zdravstvene dejavnosti, marketing ni potreben, razvoj (strokovna rast, širjenje) je naloga ustanovitelja in lastnika javne zdravstvene organizacije;
- b) podporne funkcije so enake podjetniškim (kadrovska, finančno-računovodska, vzdrževalna, nabavna, informacijska ...).

Pomembna področja avtonomije in diskrecijske pravice: kadrovska politika in zaposlovanje (skladno z natančno opredeljeno mrežo javne zdravstvene službe), načrt specializacij in podiplomskega usposabljanja, stimulatивно nagrajevanje, optimizacija javnega naročanja ...

Postopek javnega naročanja (obvladovanje odnosov med javnim naročnikom in zasebnim dobaviteljem):

- a) načrt – opis predmeta in brežhibna specifikacija naročila, povezovanje naročnikov, predlog »prave« cene;
- b) izvedba – zaupanja vreden dobavitelj, dobro poznavanje postopka, praktične izkušnje, nadzor v celotnem procesu naročanja, najcenejši ponudnik ni vedno najboljši, pazljivost pri vgradnih materialih in »težki opremi«, odgovornost naročnika za uspeh javnega naročila;
- c) možne neprijetnosti in zlorabe – preplačila, dvomljiva kakovost, korupcija, sankcije za krivce neuspešnega ali predragega javnega naročila.

5.3 Zdravstveno zavarovanje

5.3.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ)

Cilji OZZ

1. Zagotavljati ljudem upravičenost do neprekinjenega položaja (statusa) zavarovane osebe v OZZ.
2. Določiti administrativne in tehnične naloge, ki so neposredno povezane z vzdržnim javnim financiranjem tekoče dejavnosti pri zagotavljanju pravic iz OZZ ter učinkovitim finančnim nadzorom.
3. Doseči stopnjo poslovne avtonomije izvajalca OZZ (pri nas ZZZS), ki mu omogoča uspešno opravljanje nalog in prevzem odgovornosti za poslovni uspeh.
4. Ohraniti samo enega izvajalca OZZ.

Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno zavarovanje:

Možnost ločenega zavarovanja za poškodbe na delu in poklicne bolezni: različne prispevne stopnje delodajalcev glede na verjetna tveganja poškodbe na delu ali poklicne bolezni zaposlenih na različnih delovnih mestih; skupno ali ločeno izvajanje OZZ in zavarovanja za poškodbe na delu in poklicne bolezni.

Obliki javnega zdravstvenega zavarovanja:

- a) v Sloveniji imamo model obveznega zdravstvenega zavarovanja (Bismarckov model): naložbeno (kapitalsko, investicijsko) dejavnost financira država z davčnimi prihodki, tekočo (konzumno) dejavnost financirajo zavezanci z obveznimi prispevki v javni zdravstveni zavarovalni sklad prek Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot izvajalca OZZ;
- b) model nacionalne zdravstvene službe (Beveridgev model): naložbeno in tekočo dejavnost financira država z davčnimi prihodki.

Zavezanci za prispevek: brezpogojno plačevanje prispevkov (zavezanec za prispevek ali subsidiarni plačnik) zagotavlja položaj zavarovane osebe in koriščenje pravic iz OZZ; za fizične osebe, ki zaradi ekonomske stiske objektivno ne zmorejo plačevati prispevkov, to storijo Centri za socialno delo kot subsidiarni plačniki.

Naloge države: izračun »prave« cene skupnih zdravstvenih dobrin v vseh oblikah zdravstvene dejavnosti (sodelovanje medicinske stroke in javnega plačnika) v poslovnih obdobjih.

Priprava makroekonomskih izhodišč za dogovore med partnerji o obsegu, vsebini in vrednosti javnih zdravstvenih programov v poslovnem obdobju (vrednost agregatne ponudbe) ter zagotovitev ustreznih javnih finančnih sredstev (vrednost agregatnega povpraševanja).

Položaj izvajalca OZZ (»kupca« skupnih zdravstvenih dobrin) ni pravi ekonomski subjekt (nima lastnih dohodkov); je instrumentalni sistem (orodje) države, ki je lastnica javnega zdravstvenega zavarovalnega sklada; ali potrebujemo le enega ali več konkurenčnih izvajalcev OZZ (zadosti je samo eden; vsi dodatni izvajalci bi »kupovali« enake dobrine OZZ; kaj naj bi bil predmet konkurence). Javni plačnik opravljenih skupnih zdravstvenih dobrin iz OZZ ne more odločati o delovnih in finančnih normativih izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe ali o strokovnih standardih zdravstvene obravnave.

Prihodki OZZ

»Razumna« **javnofinančna meja v okviru javne porabe v državi:** vrednost dopustnega agregatnega povpraševanja po skupnih zdravstvenih dobrinah in denarnih dajatvah je zgornja meja javnofinančno vzdržnega plačevanja pravic iz OZZ v poslovnem obdobju (makroekonomska izhodišča).

Čim bolj »pravična« **višina prispevkov različnih zavezancev za prispevek:** prispevne stopnje so lahko proporcionalne, progresivne ali regresivne (horizontalna in vertikalna pravičnost).

Neplačevanje prispevkov zavezancev za prispevek: vrednost neplačanih prispevkov je 124 mio €; veliko administrativnega dela in stroškov ZZZS (opomini, obročno plačevanje, olajšave, odpisi, izterjave); možnost izterjave je 10–15 %.

Z vidika družbene solidarnosti je vprašljivo določanje najvišje plače v državi, od katere se še plačuje prispevek za OZZ (»socialna kapica«).

Nezavarovane osebe: možna »nadzavarovalna« pravica zdravljenja na račun proračuna občine ali države; obseg zdravstvene obravnave nezavarovanih oseb (nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje 3 dni), druge možne rešitve (samoplačništvo, ambulanta »pro bono«).

Novi prihodki: med prihodke OZZ bi kazalo vnesti tudi nekaj sredstev obveznega avtomobilskega zavarovanja (zavarovanje vozila in ljudi v vozilu).

Odhodki OZZ

Splošni in parcialni dogovori med partnerji: uskladitev vrednosti agregatne ponudbe javnih in zasebnih izvajalcev (koncesionarjev) v mreži javne zdravstvene službe (pripravi Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije) z vrednostjo agregatnega povpraševanja (pripravi ZZZS glede na makroekonomska izhodišča države) za prihodnje poslovno obdobje.

Splošni dogovor za naslednje poslovno obdobje naj bo dosežen do konca tekočega poslovnega obdobja (do 31. 12.); sposobni in odgovorni menedžerji iz-

vajalcev v mreži javne zdravstvene službe morajo pravočasno poznati obseg javno-finančnih sredstev za prihodnje poslovno obdobje in načrtovati gospodarjenje z razpoložljivimi sredstvi; institut začasnega financiranja (če je resnično potreben, naj bo čim krajši).

Pogodbe z izvajalci morajo biti sklenjene do konca marca tekočega poslovnega obdobja: dogovori in pogodbe se opravijo brez arbitraž.

Oblike plačevanja izvajalcev:

- a) **prospektivne oblike** (plačevanje vnaprej – pavšal, glavarina, proračun), ugodneje za kakovostni zdravstveni menedžment (več poslovne avtonomije, manj potrebnega finančnega nadzora);
- b) **retrospektivne oblike** (plačevanje za nazaj – storitev, primer in skupine primerljivih primerov, dnevna oskrba), ugodneje za izvajalce (več svobode pri obsegu zdravstvene obravnave, zahtevnejši finančni nadzor javnega plačnika nad vrednostjo »števíla narejenih točk«, večja verjetnost poslovnih izgub in trajne zahteve po dodatnem denarju).

Upravičenost dodajanja »utežík« cenam enakih storitev na različnih ravneh zdravstvene dejavnosti (možnost enake javne cene za enako zdravstveno dobrotno na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti).

Učinkovit finančni (in omejeno) strokovni nadzor: izjemno pomembna naloga javnega plačnika je učinkovit nadzor nad izvajanjem pogodb ter možnosti sankcioniranja nepravilnosti; izkušnje v ZDA (20–40 % nepotrebnih ali neučinkovitih zdravstvenih obravnav, 10 % prevelike porabe zdravil ali medicinskih pripomočkov, zelo veliko drugih nepotrebnih izdatkov).

5.3.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ)

Cilji PZZ

1. **Zavarovati zdravstvena** in z njimi povezana ekonomska tveganja, ki presegajo raven zavarovanja v OZZ (dodatno nadstandardno zdravstveno zavarovanje) ali zavarovanje zdravstvenih dobrin zunaj OZZ.
2. **Zavarovati specifična večja tveganja** za poškodbo zdravja posameznikov in skupin pri opravljanju določenih rizičnih dejavnosti.
3. **Spodbujati prava dodatna PZZ.** PZZ so pridobitna gospodarska dejavnost na konkurenčnih zavarovalniških trgih: zavarovalne premije so odvisne od ocene zdravstvenih tveganj konkretnega zavarovanca in finančnih tveganj zavarovalnice (aktuar).

Oblike PZZ: dodatno, dopolnilno, nadomestno, vzporedno.

Dopolnilno PZZ v Sloveniji: zasebno pridobitno zavarovanje neposrednih doplačil (participacije) konkretnih bolnikov k stroškom skupnih zdravstvenih dobrin iz OZZ; participacija je del OZZ, je praviloma nizka, plačevati se mora

neposredno iz žepa in se ne sme zavarovati v PZZ (naše »javno – zasebno« dopolnilno PZZ je »zavarovalniški spaček«).

Možna prihodnost dopolnilnega PZZ:

- a) ohranitev dopolnilnega PZZ (nadaljevati sedanje nenormalno stanje),
- b) vrnitev dopolnilnega PZZ v ZZZS (nepridobitno poslovanje, uravnavanje finančne vzdržnosti v poslovnih obdobjih),
- c) ukinitvev dopolnilnega PZZ in ponovna uvedba neposrednega doplačevanja (participacije); zavedanje bolnikov, da skupne zdravstvene dobrine iz OZZ niso brezplačne; ali je razumna participacija konkretnih bolnikov že vnaprej nepravilna; pri ljudeh je plačana dobrina lahko bolj cenjena kot brezplačna;
- d) ukinitvev dopolnilnega PZZ in nadomestitev njegove premije z novimi javnimi prispevki od različnih virov (zahtevno in drago administriranje, težak nadzor plačevanja, nepotrebno povečevanje javne porabe).

ZAKLJUČEK

Za veliko večino državljanov Republike Slovenije je zdravje največja dobrina, zato mora slovenska zakonodajna politika z vsemi razpoložljivimi strokovnjaki s področja zdravstva in seveda s Civilno družbo čim prej zagotoviti (in naprej zagotavljati) take pogoje, ki bodo zdravstveno dejavnost umaknili s prvih strani časopisov ali informativnih oddaj v elektronskih medijih, in doseči, da se bo o zdravstvu začelo pisati in poročati s svetlejšo plati, ne zgolj o škandalih in o morebitnih koruptivnih dejanjih. Za zdravje trošimo zelo veliko javnega denarja in ga z zmotnimi dejanji in škodljivimi politikami na področju zdravstva tudi veliko izgubimo, ali pa se znajde na napačnih računih. Tako namreč beremo, slišimo, ali pa vidimo na televiziji. Zveza društev upokoencev Slovenije (ZDUS) ima v svojih vrstah kar nekaj strokovnjakov in menedžerjev s področij gospodarstva in javnih sistemov socialne varnosti, katerih mnenja in predlogi pa so redko uslišani (stari Grki so že vedeli, zakaj imajo »Svet modrecev«). Tukaj smo, da sedemo za isto mizo, se pogovorimo in uskladimo ter pomagamo nosilcem oblasti odločati v skupno korist. Pri razmišljanju o prihodnosti vsi potrebujemo intelektualno širino in pogum.

Pogum je prav tako zmožnost, da se umaknemo iz tveganega položaja, kot zmožnost, da se mu postavimo po robu (Dwight Eisenhower).

Dolgoročna reforma zdravstva v Sloveniji – Izdala in založila Zveza društev upokojencev Slovenije **ZDUS**. Za zvezo predsednik ZDUS Janez Sušnik, pripravil dr. Marijan Česen, 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 250 izvodov