

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

Magistrsko delo

**NEUČINKOVITOST ZDRAVSTVENEGA
SISTEMA V SLOVENIJI IN MOŽNOSTI ZA
PRENOS DOBRIH PRAKS IZ TUJINE**

Natalija Tripković

Ljubljana, junij 2015

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

MAGISTRSKO DELO

**NEUČINKOVITOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V SLOVENIJI IN
MOŽNOSTI ZA PRENOS DOBRIH PRAKS IZ TUJINE**

Kandidat/ka:	Natalija Tripković
Vpisna številka:	04038090
Študijski program:	Magistrski študijski program Uprava druga stopnja
Mentorica:	prof. dr. Stanka Setnikar Cankar

Ljubljana, junij 2015

IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA

Podpisana Natalija Tripković, študentka magistrskega študijskega programa Uprava druga stopnja, z vpisno številko 04038090, sem avtorica magistrskega dela z naslovom Neučinkovitost zdravstvenega sistema v Sloveniji in možnosti za prenos dobrih praks iz tujine.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uprabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu,
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Ur. list RS, št. 21/95), kršitev pa se sankcionira tudi z ukrepi po pravilih Univerze v Ljubljani in Fakultete za upravo,
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za upravo,
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko diplomskega/magistrskega dela ter soglašam z objavo dela v zbirki »Dela FU«.

Magistrsko delo je lektorirala: »mag. Lilijana Vovk«.

Ljubljana, 21. junij 2015

Podpis avtorice:
Natalija Tripković

POVZETEK

NEUČINKOVITOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V SLOVENIJI IN MOŽNOSTI ZA PRENOS DOBRIH PRAKS IZ TUJINE

Namen magistrskega dela je obdelati in raziskati področje obstoječega zdravstvenega sistema v Sloveniji. Zaradi zastarele področne zakonodaje, finančno nevzdržnega zdravstvenega sistema, splošnega nezadovoljstva izvajalcev in tudi uporabnikov zdravstvenih storitev potrebujemo nujne korenite spremembe na področju zdravstva. Sistemske spremembe zdravstva v Sloveniji bi lahko bile izziv za zgodnjo intervencijo, s čimer bi dosegli občutno boljše rezultate, če bi se jih lotili takoj, ko so bili problemi v zdravstvu zaznani. Sedaj pa je to postal neizogiben projekt, saj je problem, s katerim se soočamo, postal večji in kompleksnejši.

V magistrskem delu bom analizirala najbolj pereče probleme zdravstvenega sistema v Sloveniji. S primerjalnega vidika ureditve na Nizozemskem, Danskem in v Avstriji bom ponudila konkretne predloge za zmanjšanje čakalnih dob zdravstvenih storitev v Sloveniji in za učinkovitejše poslovanje javnih bolnišnic, katerih cilj sta zadovoljen izvajalec in uporabnik zdravstvenih storitev. Tudi Nizozemska in Danska, ki se uvrščata v sam vrh zdravstvenih sistemov v EU, sta v pričetku 21. stoletja zaznali določene negativne trende pri izvajanju zdravstvenih storitev, kot so dolge čakalne dobe pacientov na zdravstvene storitve in rast stroškov bolnišnic za izvajanje zdravstvene dejavnosti. Glede na splošno znane zakonitosti so države sprejele pravočasne ukrepe in so z uvedbo določenih spodbud, kot je prosta izbira bolnišnic, celo dvignile zdravstveno oskrbo na zavirljivo raven.

Ključne besede: Sistem zdravstvenega varstva, demografske spremembe, sistem zdravstvene dejavnosti, čakalne dobe, uvajanje novih zdravstvenih programov, stabilizacija kadrovskega zaledja v zdravstvu, DTC sistem, prosta izbira bolnišnic, liberalizacija upravljanja javnih bolnišnic.

SUMMARY

UNEFFICIENCY OF THE SLOVENIAN HEALTH CARE SYSTEM AND POSSIBILITIES FOR THE EXCHANGE OF BEST PRACTICES FROM ABROAD

The purpose of this master's thesis is to study and explore the existing health care system in Slovenia. Due to the out dated sectorial legislation, financially unsustainable health care system, general dissatisfaction of providers as well as users of health care services, we need the necessary thorough changes in the health care field. Systemic change of the health care in Slovenia would have been a challenge for early intervention and would have allowed achieving significantly better results if they had been undertaken as soon as the health care problems were detected. Now this project became inevitable because the problem we are facing became bigger and more complex.

In this master's thesis I analyse the most pressing problems of the health care system in Slovenia. From the comparative perspective of the organisation in the Netherlands, Denmark and Austria I offer concrete proposals to reduce the waiting times for health services in Slovenia and to improve efficiency of operation of public hospitals, whose aim is a satisfied user and provider of health services. The Netherlands and Denmark, now ranking among the top health care systems in the EU, also detected certain negative trends in the delivery of health services in the beginning of the 21st century, such as long waiting times for health services for patients and increasing costs for hospitals for the implementation of health activities. Taking into account the generally known trends, these countries have taken timely action and have, by introducing of specific incentives such as free choice of hospitals, even risen health care at an enviable level.

Keywords: healthcare system, demographic changes, system of healthcare activity, waiting times, introduction of new health care programmes, stabilization of human resources in the health, DTC system, free choice of hospitals, the liberalization of the management of public hospitals.

KAZALO

POVZETEK	v
SUMMARY	vi
1 UVOD	1
2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	4
2.1 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	4
2.1.1 OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	5
2.1.2 PROSTOVOLJNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA	5
2.1.3 SISTEM FINANCIRANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV	6
2.1.4 KOŠARICA PRAVIC ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	8
2.2 RAST SREDSTEV ZA ZAGOTAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA PREBIVALCEV SLOVENIJE	9
2.2.1 PRIČAKOVANE DEMOGRAFSKE SPREMEMBE	9
2.2.2 IZDATKI ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO	10
2.3 POSLOVANJE JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODOV V OBDOBJU 2008–2012	11
2.4 OCENA DOLGOROČNE FINANČNE VZDRŽNOSTI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	13
2.4.1 POIZKUS UKINITVE DODATNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	13
2.4.2 DODATNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE KOT STABILEN VIR	15
3 SISTEM ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI	18
3.1 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST	18
3.1.1 JAVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST IN NJENA MREŽA	19
3.1.2 PRIMARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	19
3.1.3 SEKUNDARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	20
3.1.4 TERCIARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	20
3.2 UČINKOVITOST IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI	21
3.2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU	23
3.2.2 UČINKOVITOST IN KAKOVOST ZDRAVSTVENE OSKRBE	23
3.2.3 STANJE SLOVENSКИH BOLNIŠNIC	25
3.2.4 ORGANIZACIJA IN DELOVANJE ZDRAVSTVENE SLUŽBE	27
3.2.5 ZDRAVSTVENI ZAVODI IN PODROČNA ZAKONODAJA	29
3.2.6 ZDRAVSTVENI DOMOVI KOT KOORDINATORJI MED JAVNIMI IN ZASEBNIMI IZVAJALCI	30
3.2.7 ZASEBNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST IN KONCESIJE	31
3.3 ČAKALNE DOBE	32
3.3.1 STANJE ČAKALNIH DOB V SLOVENIJI NA DAN 1. 4. 2013	33
3.3.2 STANJE ČAKALNIH DOB V SLOVENIJI NA DAN 1. 4. 2014	40
3.3.3 STANJE ČAKALNIH DOB V SLOVENIJI OD 1. 4. 2013 DO 1. 4. 2014	46
4 NUJNE SPREMEMBE OBSTOJEČEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	49
4.1 UVAJANJE NOVIH ZDRAVSTVENIH PROGRAMOV	49
4.1.1 RANGIRANJE SEZNAMOV ZDRAVSTVENIH PROGRAMOV	50
4.1.2 ROBOTSKA KIRURGIJA – PROSTATEKTOMIJA PO SVETU	51
4.1.3 ROBOTSKA KIRURGIJA – PROSTATETKTOMIJA V SLOVENIJI	52
4.2 STABILIZACIJA KADROVSKIH RAZMER V ZDRAVSTVU	57

4.2.1 ZDRAVNIKI V VLOGI ZAPOSLENIH NA PODLAGI DELOVNIH UR V JAVNIH ZAVODIH	57
4.2.2 ZAPOSLOVANJE ZDRAVNIKOV IZ TRETJIH DRŽAV V LETU 2011	60
4.2.3 ONEMOGOČENO ZAPOSLOVANJE MLADIH ZDRAVNIKOV V LETU 2013.....	61
5 PRIMERJALNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V DRŽAVAH EU.....	62
5.1 IZDATKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO	62
5.1.1 STROŠKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO	62
5.2 NIZOZEMSKI ZDRAVSTVENI SISTEM IN ČAKALNE DOBE.....	66
5.2.1 GLAVNE ZNAČILNOSTI.....	66
5.3 ANALIZA REFORM ZDRAVSTVENIH SISTEMOV DANSKE IN AVSTRIJE.....	73
5.3.1 DANSKI ZDRAVSTVENI SISTEM	73
5.3.2 AVSTRIJSKI ZDRAVSTVENI SISTEM.....	81
5.3.3 UGOTOVITVE MEDNARODNE RAZISKAVE EHCI (EURO HEALTH CONSUMER INDEX) O UČINKOVITOSTI AVSTRIJSKEGA IN DANSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA.....	93
5.4. PRIPOROČILA ZA IZBOLJŠANJE STANJA V SLOVENIJI NA PODROČJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	96
5.4.1 NAD DOLGE ČAKALNE DOBE V SLOVENIJI S POSNEMANJEM DANSKEGA IN NIZOZEMSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA.....	96
5.4.2 LIBERALIZACIJA IN PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVENEGA SEKTORJA V SLOVENIJI PO VZORU AVSTRIJE	102
6 DOSEŽENI REZULTATI IN CILJI RAZISKAVE	105
7 PREVERITEV HIPOTEZ	109
8 PRISPEVEK REZULTATOV RAZISKAVE K ZNANOSTI OZIROMA STROKI.....	114
9 UPORABNOST REZULTATOV RAZISKAVE	115
10 ZAKLJUČEK.....	117
LITERATURA IN VIRI.....	118

KAZALO PONAŽORITEV

SLIKE

Slika 1: Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji	4
Slika 2: Prednosti in pomanjkljivosti nekaterih najbolj znanih modelov plačevanja storitev izvajalcem.....	7
Slika 3: Prikaz odnosa med kakovostjo in stroški oskrbe	25

TABELE

Tabela 1: Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti glede na učinkovitost, dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe.....	7
Tabela 2: Poslovni rezultati po skupinah javnih zdravstvenih zavodov v letih 2008– 2012 ter delež tekočega presežka/primanjkljaja v celotnih prihodkih	12
Tabela 3: Izdatki in viri sredstev zdravstvenega sistema v obdobju 2012–2060 (v % BDP)	15
Tabela 4: Prihodki in odhodki po vrstah dejavnosti v bolnišnicah v obdobju od leta 2009 do leta 2013 (v %).	22
Tabela 5: Najvišji primanjkljaji bolnišnic v Sloveniji v obdobju I–VI 2013	25
Tabela 6: Najvišji delež primanjkljaja v celotnih prihodkih	26
Tabela 7: Javno in zasebno izvajanje in financiranje zdravstvenih storitev.....	28
Tabela 8: Stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno ČD v Sloveniji v ...13 specialističnih ambulantah od 1. 4. 2013 do 1. 4. 2014.....	46
Tabela 9: Stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno ČD v Sloveniji v ...47 specialističnih ambulantah od 1. 4. 2013 do 1. 4. 2014.....	47
Tabela 10: Rangirni seznam vlog za financiranje v letu 2014.....	51
Tabela 11: Število posegov na prostati v letih 2007, 2008, 2009 po bolnišnicah do ZZZS53	
Tabela 12: Število sistemov da Vinci v državah EU	54
Tabela 13: Delež opravljenih operacij radikalnih prostatektomij v SB Celje v letu 2009 in ocena 2015.....	55
Tabela 14: Razlika v stroških med starim in novim programom glede na število operacij.....	56
Tabela 15: Število zaposlenih na podlagi delovnih ur v bolnišnicah v obdobju od leta 2007 do leta 2013.....	57

Tabela 16: Število zaposlenih po delovnih mestih v vseh bolnišnicah skupaj na dan 31. 12. 2013	58
Tabela 17: Število zaposlenih na podlagi delovnih ur v zdravstvenih domovih v obdobju od leta 2007 do leta 2013	59
Tabela 18: Primerjava operativnih posegov na 100.000 prebivalcev med letoma 2000 in 2009	68
Tabela 19: Čakalne vrste pacientov v tednih za kirurške posege v nizozemskih bolnišnicah od leta 2000 do 2011	70
Tabela 20: Problematična področja zdravja, kjer se predvideva povečana čakalna doba na Danskem	79
Tabela 21: Razvoj celotnih izdatkov za zdravstvo v Avstriji, 1995–2010 (izbrana leta)	82
Tabela 22: Sestava izdatkov za zdravstvo v Avstriji od leta 2000 do leta 2010	85
Tabela 23: Javna izdatki za uporabne in eksperimentalne raziskave v Avstriji, v letih 2007–2010	86
Tabela 24: Rezultati ocen EHCI za Avstrijo, Dansko, Nizozemsko in Slovenijo	95
Tabela 25: Koda poslovanja 01110005540031	98
Tabela 26: Primer vpisov DTC v informacijskem sistemu bolnišnice	100

GRAFI

Graf 1: Demografske spremembe v Sloveniji med leti 1985–2060	9
Graf 2: Izdatki in viri sredstev zdravstvenega sistema v obdobju 2012–2060, kumulativne vrednosti (v % BDP)	16
Graf 3: Čakajoči nad in pod dopustno čakalno dobo ter delež čakajočih nad dopustno ČD v primerjavi med ambulantami in storitvami	34
Graf 4: Število čakajočih v mesecu aprilu 2013 za obe stopnji nujnosti po specialističnih ambulantah	35
Graf 5: Število čakajočih nad dopustno ČD v mesecu aprilu 2013 za obe stopnji nujnosti po specialističnih ambulantah	36
Graf 6: Skupno število čakajočih po posamezni zdravstveni storitvi za stanje na dan 1. 4. 2013 glede na stopnjo nujnosti	37
Graf 7: Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo po posamezni zdravstveni storitvi za stanje na dan 1. 4. 2013 glede na stopnjo nujnosti	39
Graf 8: Čakajoči nad in pod dopustno čakalno dobo ter delež čakajočih nad dopustno ČD v primerjavi med ambulantami in storitvami	40

Graf 9: Število čakajočih v mesecu aprilu 2014 za obe stopnji nujnosti po specialističnih ambulantah.....	41
Graf 10: Število čakajočih nad dopustno ČD v mesecu aprilu 2014 za obe stopnji nujnosti po specialističnih ambulantah	42
Graf 11: Skupno število čakajočih po posamezni zdravstveni storitvi za stanje na dan 1. 4. 2014 glede na stopnjo nujnosti	43
Graf 12: Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo po posamezni zdravstveni storitvi za stanje na dan 1. 4. 2014 glede na stopnjo nujnosti.....	45
Graf 13: Stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno ČD v Sloveniji v 13 specialističnih ambulantah od 1. 4. 2013 do 1. 4. 2014	47
Graf 14: Stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno ČD v Sloveniji v 47 specialističnih ambulantah od 1. 4. 2013 do 1. 4. 2014	48
Graf 15: Izdatki za zdravstvo v % BDP za leto 2010	64
Graf 16: Izdatki za zdravstvo na prebivalca v \$ za leto 2010.....	65
Graf 17: Izdatki za zdravstvo na prebivalca v \$ za leto 2010.....	75
Graf 18: Skupno število uporabnikov »Prosta izbira bolnišnice«, 2002–2010.....	78
Graf 19: Izdatki za zdravstvo v % BDP za leto 2010	84
Graf 20: Skupno število EHCI raziskav za leto 2014 primerjalno z Avstrijo in Dansko.....	94

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

CEA	Analiza stroškov in uspešnosti
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
ZZVZZ	Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
BDP	Bruto domači produkt
ZUJF	Zakon za uravnoteženje javnih financ
UMAR	Urad za makroekonomske analize in razvoj
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
DRG	Diagnostic Related Groups
SPP	Skupina primerljivih primerov
OZZ	Obvezno zdravstveno zavarovanje
EK	Evropska komisija
VRS	Vlada Republike Slovenije
PZZ	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje
NRP	Nacionalni reformni program
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
PZDOZDO	Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo
PZZVZZ	Predlog zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZV	Zavod za zdravstveno varstvo
IVZ	Inštitut za varovanje zdravja
JZZ	Javni zdravstveni zavodi
ZPIZ	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
IER	Inštitut za ekonomska raziskovanja
ZZDej	Zakon o zdravstveni dejavnosti
TQM	Total Quality Management
SB	Splošna bolnišnica
UKC	Univerzitetni klinični center
JAZMP	Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke
EIU	Economist Inteligents Unit
PZZdej	Predlog zakona o zdravstveni dejavnosti
PNDČD	Predlog najdaljših čakalnih dob
ČD	Čakalne dobe
PZPPK	Zakon o priznavanju poklicnih kvalifikacij
NZS	Nadgradnja zdravstvenega sistema
HIA	Nizozemski zakon o zdravstvenem zavarovanju
DBCS	Sistem kombinacij diagnoze zdravljenja
DTC	Diagnostic Treatment Combination
DDKM	Danski model standarda kakovosti
EHCI	Evropski zdravstveni potrošniški indeks
JZP	Javno-zasebno partnerstvo
ReNPZV	Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva
HSPM	The Health Systems and Policy Monitor

SEZNAM TUJIH IZRAZOV

Euro health Consumer Index	Evropski indeks zdravja potrošnikov
Active Therapy Diabetes	Aktivno zdravljenje sladkorne bolezni
Principal health reforms	Glavne reforme zdravja
Aktiengesellschaft	Delniška družba
Board of directors	Nadzorni odbor
Financing	Financiranje
Out of pocket	Plačilo iz žepa
Organization and governance	Organizacija in upravljanje
Länder	Dežele
Diagnostic Treatment Combination	Kombinacija diagnostične obdelave
Treek norm	Sprejemljive čakalne dobe
Waiting Time Policies	Politika čakalni dob
Health sector	Zdravstveni sektor
Health expenditure	Zdravstvena poraba
Healthcare statistics	Zdravstvena statistika
Evidence Based Medicine	Z dokazi podprta medicina
Total Management Quality	Celovito upravljanje kakovosti
Total Quality	Celovita kakovost
Fee for services	Storitveni sistem
Capitation	Glavarina

1 UVOD

Sedanji slovenski zdravstveni sistem je bil vzpostavljen leta 1992. V osemnajstih letih so se okoliščine delovanja zdravstvenega sistema bistveno spremenile. Ključne spremembe so znanstveni in tehnološki napredek, ki omogočata boljše zdravljenje ob višjih stroških, ter staranje prebivalstva. Leta 1991 je bilo v Sloveniji dobrih 210.000 prebivalcev starejših od 65 let. Danes jih je že skoraj 340.000. Najhitreje se povečuje število starejših nad 80 let, ki potrebujejo največ zdravstvenih storitev.

Slovenski zdravstveni sistem vključuje v obveznem zdravstvenem zavarovanju močno solidarnostno komponento, ki pa jo bo treba v prihodnje zagotoviti na drugačen način, saj postaja sedanja oblika dolgoročno nevzdržna. Trend staranja prebivalstva je neizprosna. Sistem naj bi po oceni nekaterih strokovnjakov postal nevzdržen še pred letom 2020. Takoj je potrebna celovita in prava reforma zdravstvenega sistema, saj bo drugače družbeni strošek napačnega ali prepoznega ukrepanja nepredstavljivo velik. Prava, celovita zdravstvena reforma bi tako zagotovila povečanje kakovosti in učinkovitosti izvajalcev ter povečan (in dolgoročno vzdržan) pritok financiranja.

Naš zdravstveni sistem je potreben korenitih sistemskih sprememb na področju zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega zavarovanja, saj je obstoječi zdravstveni sistem mogoče zaznati kot pomanjkljiv, nestabilen in predvsem finančno nevzdržen. Prav tako je potrebno prepoznati nezadovoljstvo tako pacientov kot tudi zaposlenih zdravstvenih delavcev. Do danes je bilo kar nekaj analiz narejenih v smeri, kako in kaj naj bi spremenili v obstoječem sistemu, vendar pa konkretnih premikov zaradi različnih dejavnikov še ni bilo narejenih. Zagotovo so odločitve odvisne od politične stabilnosti, ki je bila v preteklih letih še kako načeta. V upanju, da se zbistrijo skupni pogledi in načrti za prihodnost, bom v svoji nalogi strnila konkretne probleme našega zdravstvenega sistema.

Dolgoročne rešitve za slovenski zdravstveni sistem so odgovor na vprašanje, kako se izviti iz tega krča. Obstoječe dolge čakalne dobe izločijo pacienta iz sistema, zato bi zasebni sistem z možnostjo obiska drugih bolnišnic bil zagotovo boljši od obstoječega. Financiranje zdravstvenih storitev se mora organizirati na podlagi učinkovitosti in rezultatov po sistemu DTC, ker obstoječi sistem financiranja storitev po SPP ni pokazatelj učinkovitosti delovanja zdravnikov. Potrebno je profesionalno vodenje institucij po zgledu avstrijskih in nemških velikih korporacij, kjer je osnovno vodilo, da bolnišnica deluje učinkovito in predvsem donosno. Spremeniti je treba miselnost in odnos do zdravstvenega sistema in zdravnikov, za kar je potreben velik politični in družbeni konsenz. Sedanjo obliko delovanja zdravnikov po več zdravstvenih inštitucijah pa omejiti in onemogočiti tako, da bolnišnice postanejo neodvisne inštitucije, katerih interes zagotovo ne bo, da bi posojali svoje cenjene zdravnike po drugih bolnišnicah, saj bi bil slednji za svoje delo plačan po svoji storilnosti in kakovosti dela.

Magistrska naloga zajema 7 hipotez, ki so podprte z analizo obstoječega zdravstvenega sistema, javno finančno vzdržnostjo in primerjalnega vidika.

- H1:** Ukinitiv dodatnega zdravstvenega zavarovanja po obstoječem sistemu zdravstvenega varstva dolgoročno predstavlja večji primanjkljaj.
- H2:** Poslovna učinkovitost in kakovost zdravstvene oskrbe je v javnih bolnišnicah na nizkem nivoju.
- H3:** Čakalne dobe se v specialističnih ambulantah povečujejo zaradi pomanjkanja izvajalcev.
- H4:** Zdravstveni programi, ki sledijo napredku zdravljenja bolnikov, so lahko priložnost bolnišnicam oziroma javnim zavodom, da zmanjšajo primanjkljaj in povečajo učinkovitost poslovanja.
- H5:** Zdravnik specialist v slovenskem prostoru opravlja enako delo v javnem zavodu in pri koncesionarju.
- H6:** Visoki izdatki za zdravstvo v nekaterih državah EU niso jamstvo za nizko čakalno dobo.
- H7:** Zdravstvene reforme na Danskem in v Avstriji sledijo cilju finančne vzdržnosti in kakovosti zdravstvenega sistema.

V magistrskem delu sem postavila sedem hipotez, ki jih bom skozi raziskovanje skušala potrditi oziroma ovreči. Hipoteze bom preverila s pomočjo domače in tuje literature ter na podlagi statističnih podatkov. Pri prvi hipotezi sem mnenja, da ukinitiv dodatnega zdravstvenega zavarovanja po obstoječem sistemu zdravstvenega varstva dolgoročno predstavlja večji primanjkljaj v sistemu zdravstvenega varstva. V drugi hipotezi sem mnenja, da je poslovna učinkovitost in kakovost zdravstvene oskrbe v javnih bolnišnicah na nizkem nivoju. Tretja hipoteza je osnovana na merjenju čakalnih dob v specialističnih ambulantah, ki se po mojem mnenju povečujejo zaradi pomanjkanja izvajalcev. V četrti hipotezi sem mnenja, da financiranja zdravstvenih programov, ki sledijo napredkom zdravljenja, lahko pripomorejo k zmanjševanju finančnega primanjkljaja v javnih zavodih oziroma bolnišnicah. V peti hipotezi sem mnenja, da zdravnik specialist v slovenskem prostoru opravlja enako delo v javnem zavodu in pri koncesionarju. Pri šesti hipotezi sem mnenja, da visoki izdatki za zdravstvo v nekaterih državah EU niso jamstvo za nizko čakalno dobo. Pri sedmi hipotezi pa sem mnenja, da zdravstvene reforme na Danskem in v Avstriji sledijo cilju finančne vzdržnosti in kakovosti zdravstvenega sistema.

Pri pisanju magistrskega dela bom uporabila naslednje metode:

- **Metodo deskripcije**, ki daje poudarek opisu. Uporabila jo bom pri opisovanju obstoječe ureditve zdravstvenega sistema v Sloveniji ter prikazovanju obstoječe problematike slovenskega zdravstvenega sistema in razloge za nastanek.
- **Komparativno metodo**, ki temelji na primerjavi zdravstvenih sistemov Nizozemske, Danske in Avstrije bom umestila v slovenski prostor kot primer dobre prakse.
- **Metodo analize pisnih virov** bom uporabila pri črpanju primarnih in sekundarnih virov (knjig, strokovnih člankov, zakonskih predpisov in elektronskih virov).

- **Metodi dedukcije in sinteze** bom hkrati uporabila v empiričnem delu, v katerem bom analizirala, razvrščala in primerjala pridobljene podatke. Analize in primerjave bom prikazala s tabelami in grafi.
- **Metodo kompilacije** bom uporabila pri navajanju citatov in argumentov ter pri povzemanju spoznanj in stališč avtorjev.

Cilj magistrske naloge je predvsem pokazati in predstaviti problem obstoječega zdravstvenega sistema. V nalogi sem se osredotočila na probleme vseh treh ravni (primarne, sekundarne in terciarne) zdravstvenega sistema in ob tem zasledovala načelo odkritja problemov in iskanje rešitev. V prvem delu naloge je predstavljen sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji z nekaterimi teoretičnimi in primerjalnimi podatki, s katerimi poskušam poudariti temelje dosedanje odločitve za dodatno zdravstveno zavarovanje ter razloge proti ukinitvi zdravstvenega zavarovanja. V nadaljevanju naloge izpostavim problem obstoječega zdravstvenega sistema, ki sega na oba pomembna segmenta zdravstvene oskrbe, zdravstveno varstvo in zavarovanje ter zdravstvena dejavnost. V drugem delu naloge pa na podlagi analize primerjalnih izsledkov v državah EU (Nizozemska, Danska in Avstrija), kjer so že izvedli zdravstvene reforme, ponudim rešitev.

2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

H1: Ukinitev dodatnega zdravstvenega zavarovanja po obstoječem sistemu zdravstvenega varstva dolgoročno predstavlja večji primanjkljaj.

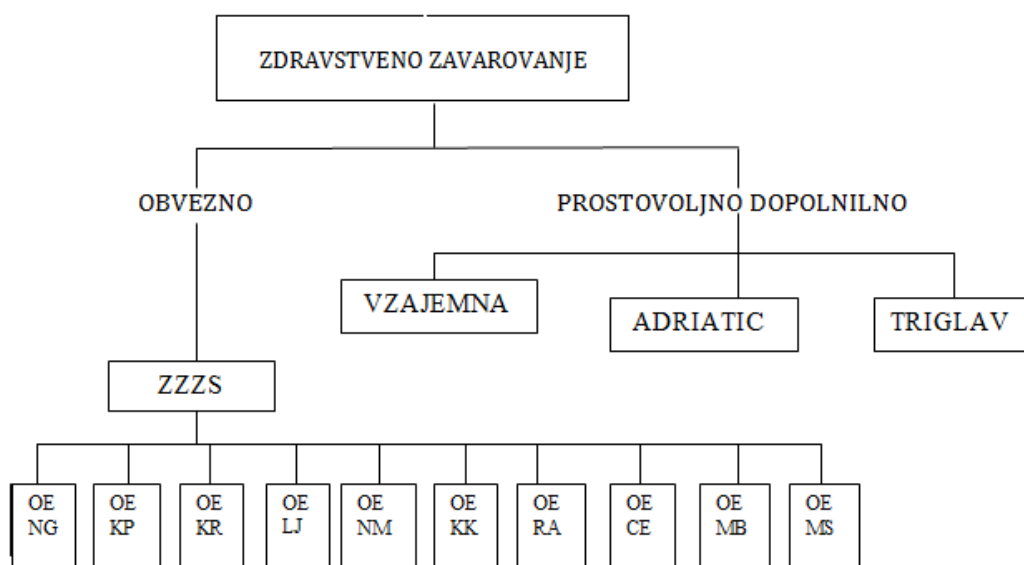
2.1 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

Vzpostavitev ustreznega sistema financiranja in zagotovitev učinkovitega uveljavljanja posameznih pravic iz sistema socialne varnosti je opredeljena kot temeljna človekova pravica do socialne varnosti v 50. členu Ustave Republike Slovenije. Socialna varnost zajema pravice, ki posameznike varuje pred različnimi socialnimi riziki, kot je npr. bolezen, poškodba, in mu takrat zagotavljajo možnost preživetja in dostojnega življenja (npr. nadomestilo za čas odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe) do odprave navedenih okoliščin.

Prav tako je pravica do zdravstvenega varstva temeljna človekova pravica, opredeljena v 51. členu Ustave Republike Slovenije, ki določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon.

V Sloveniji se sistem zdravstvenega varstva financira iz različnih virov, ki so tako javni kot zasebni. Če gledamo na zdravstveno zavarovanje kot na poseben sistem financiranja, imamo pri nas v tem sistemu dve vrsti zdravstvenega zavarovanja, **obvezno** in **prostovoljno dopolnilno**.

Slika 1: Sistem zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji



Vir: Zaletel-Kragelj, Eržen, Premik: Uvod v javno zdravje (2007, str. 206)

2.1.1 OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju ZZZS). Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi. Zdravstveno zavarovanje je obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z ZZVZZ predpisane pogoje. Po ZZVZZ so zavarovane osebe zavarovanci in njihovi družinski člani. Za zavarovance je z ZZVZZ predpisana obveznost plačevanja prispevkov, pri čemer je predpisano tudi, kdo je zavezanec za njihovo plačevanje in s tem zavezanec za prijavo osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrsta prispevkov in osnova, od katere se le-ti plačujejo, ter tudi obseg pravic. (ZZS, Informacije in storitve za zavarovane osebe, 2014)

2.1.2 PROSTOVOLJNA ZDRAVSTVENA ZAVAROVANJA

Prostovoljna zavarovanja krijejo zavarovancem stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter izplačila dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja.

Dodatno ali prostovoljno zdravstveno zavarovanje izvajajo na podlagi ZZVZZ zavarovalnice: Adriatic Slovenica d.d., Triglav, Zdravstvena zavarovalnica d.d. in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica d.v.z.

Zavarovalnice, ki izvajajo prostovoljna zavarovanja, lahko uvedejo naslednje tipe prostovoljnih zavarovanj:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje,
- nadomestno zdravstveno zavarovanje,
- dodatno zdravstveno zavarovanje,
- vzporedno zdravstveno zavarovanje,
- kombinacije zgoraj navedenih tipov prostovoljnih zavarovanj. (MZ, Osnove pravne ureditve s področja zdravstvenega varstva in javnega zdravja, l. 2009, str. 59)

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ob uresničevanju pravic do zdravstvenih storitev po postopkih in pogojih, kot so predpisani v obveznem zavarovanju, krije razliko med 100 % vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki ga krije obvezno zavarovanje, oziroma del te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil z najvišjo priznano vrednostjo in medicinskih pripomočkov. To zavarovanje se plačuje v obliki mesečnih premij, njihova višina pa ni odvisna od višine osebnih dohodkov in prejemkov posameznika.

Nadomestno zdravstveno zavarovanje (največ v obsegu standarda obveznega zavarovanja) krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane.

Dodatno zdravstveno zavarovanje krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki in za izplačila denarnih prejemkov, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zavarovanja, in ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje.

Vzporedno zdravstveno zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zavarovanja, a jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in ob drugih pogojih, kot jih predpisuje obvezno zavarovanje.

Zavarovalnice, ki izvajajo prostovoljna zavarovanja lahko uvedejo tudi kombinacije tipov prostovoljnih zavarovanj, ki pa ne smejo vključevati dopolnilnega zavarovanja.

2.1.3 SISTEM FINANCIRANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV

V svetu poznamo več različnih sistemov financiranja zdravstvenih storitev. Najbolj znani so:

- storitveni sistem (fee for services),
- glavarina (capitation),
- plačilo po primeru, diagnozi (DRG, SPP),
- plačilo po programu za določeno obdobje (pavšal).

Katerega od načinov plačevanja zdravstvenih storitev posamezna država izbere in uveljavi, je odvisno predvsem od tega, kakšne cilje si na področju zdravstvene dejavnosti zastavlja in kaj želi spodbujati ali upočasnjevati. V državah, kjer je v ospredju zahteva po omejitvi ali celo zmanjšanju sredstev za zdravstveno varstvo, uporabljajo sistem plačila za program pavšal oziroma glavarino. Takšen način plačevanja je najbolj uveljavljen v državah z nacionalnim zdravstvenim varstvom. Države z zavarovalniškim sistemom se nagibajo k storitvenemu sistemu. V tržno naravnanih sistemih uporabljajo samo storitveni sistem. Sistemi plačevanja izvajalcev vzbujajo precejšnjo pozornost zdravstvenih ekonomistov, tudi glede vprašanja, kako na primer metoda plačevanja izvajalcev vpliva na njihovo racionalnost, učinkovitost ter uspešnost. (Bilten, Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev, 2007, str. 1)

V Sloveniji poznamo različne sisteme financiranja zdravstvenih storitev. V osnovni zdravstveni dejavnosti uporabljamo kombinacijo storitvenega sistema in glavarine, v dispanzerskih službah in zobozdravstvu pa storitveni sistem (fee for services). Tudi v ambulantno specialistični, zdraviliški in lekarniški dejavnosti se uporablja način plačevanja po storitvah. V bolnišnični dejavnosti so podlaga za plačilo skupine primerljivih primerov – SPP. Posebej drage storitve (transplantacije, dialize, srčne operacije itd.) se plačujejo po storitvah.

Slika 2: Prednosti in pomanjkljivosti nekaterih najbolj znanih modelov plačevanja storitev izvajalcem

Način plačevanja	Prednosti	Slabosti
Plačilo po storitvah (<i>free for service</i>)	Izvajalci vedo vnaprej, za kaj in kako bodo plačani. Zagotovljena je preglednost nad opravljenim delom. Možna je analiza in kontrola dela.	Spodbuja izvajalce k nepotrebnim storitvam. Lahko povečuje stroške dela.
Plačilo po primeru (<i>per case, DRG</i>)	Izvajalec je plačan za končni rezultat dela. Stimulira izvajalca k minimiziranju stroškov poslovanja.	Izredna zahtevnost standardizacije. Izvajalci lahko zlorabljajo diagnoze in standarde, ker jih plačnik komajda lahko nadzoruje.
Glavarina (<i>capitation</i>)	Enostavnost pri evidentiranju dela. Sistem ne sili zdravnikov k pretiranemu opravljanju storitev. Enostavnost pri uskladitvi stroškov z razpoložljivimi finančnimi sredstvi.	Zdravniku omogoča izbiro »cenejših« bolnikov. Vodi v premajhno preskrbljenost in zanemarjanje bolnikov. Onemogoča analizo dela zdravnikov.

Vir: Bilten, Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev (2007, str. 15)

V Sloveniji obstaja poseben seznam zdravstvenih storitev, ki je podlaga za evidentiranje in obračunavanje storitev (Zelena knjiga). Le-ta vsebuje opis posamezne storitve, sestavo tima in čas, ki je potreben za izvršitev storitve, kar je podlaga za število točk posamezne storitve, ki je tudi sestavni del seznama in s tem sistemsko zaokrožen. Slabost Zelene knjige je, da je zastarela in bi jo bilo potrebno ažurirati, saj je razvoj medicinske znanosti in tehnologije prinesel spremembe v metodah dela. Smiselna bi bila tudi uporaba enotne klasifikacije posegov za bolnišnični in ambulantni del glede na to, da za evidentiranje storitev v okviru akutnih obravnav uporabljamo sodobno mednarodno klasifikacijo posegov (Bilten, Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev, 2007, str. 15).

Tabela 1: Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti glede na učinkovitost, dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe

MODEL	Učinkovitost	Dostopnost	Kakovost
Storitev	negotova	pozitivna pri kirurgiji	negotova
Bolnišnično oskrbni dan	negativna	Negotova	negotova
Primer	negativna	Pozitivna	negativna
SPP*	pozitivna	Pozitivna	negotova
Proračun	pozitivna	Negotova	negotova
Glavarina	pozitivna	Negotova	negotova

Vir: Langenbrunner, Wiley (2002, str. 157)

2.1.4 KOŠARICA PRAVIC ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Po sedanjem sistemu v Republiki Sloveniji so zavarovane osebe zavarovane v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ki se krije iz vplačanih prispevkov. Ker pa večina pravic ni v celoti krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, jih je potrebno doplačati. Riziko takšnega doplačila posamezniki lahko zavarujejo pri zavarovalnici, ki izvaja dopolnilno zdravstveno zavarovanje. V dopolnilno zdravstveno zavarovanje v RS je vključenega 95 % prebivalstva, ki sicer ni obvezno, vendar pa glede na velik odstotek vključenega prebivalstva doseže takšen učinek. Posamezniki se v dopolnilno zdravstveno zavarovanje lahko vključijo prostovoljno in na individualni osnovi.

Predlogi, da naj bi v izvajanje OZZ vključili več zavarovalnih organizacij (javnih in zasebnih), kar naj bi med njimi spodbudilo konkurenčnost, nimajo racionalne utemeljitve. Med zdravstvenimi zavarovanji, ki izvajajo OZZ pod enakimi pogoji, ne moremo pričakovati prave konkurenčnosti v poslovanju. Skupni administrativni stroški izvajanja OZZ v več zavarovalnicah bi bili višji, kot so sedaj pri eni zavarovalnici. Če pa bi izvajale OZZ tudi zasebne (komercialne) zavarovalnice, bi bili priča kartelnemu povezovanju med njimi in skupnim pritiskom na državo za povečevanje prispevnih stopenj za OZZ in cen javnih zdravstvenih storitev. Pritiski bi skoraj zanesljivo dobili podporo izvajalcev (zlasti zasebnih s koncesijo), morda tudi podporo bolnikov. Zdravstvena politika bi bila v takšnih razmerah nemočna. (Česen, 2006, str. 33)

Snovalci zdravstvene zakonodaje želijo PZZ, ki je bilo uvedeno leta 1999, odpraviti. Košarico pravic bi definirali v smeri, kaj se bo krilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nekatere spremembe pa bi nastale tudi pri definiranju podlage za izračun prispevnih osnov za zdravstveno zavarovanje in pri preglednejšem in racionalnejšem financiranju zdravstvenih storitev in zdravil. (VRS, NRP, 2011)

Po mnenju Marjana Česna (Reforma zdravstva v Sloveniji, 2006) bo potrebno opraviti kritični pregled obsega in vsebine sedanjih pravic iz OZZ (košarice pravic). Te so zelo široke tudi v primerjavi z razvitejšimi evropskimi državami. Spremenjene razmere v ekonomskem in demografskem okolju bodo narekovale novo raven smiselne solidarnosti v zdravstvu. Že sedaj je v nevarnosti enakopravna dostopnost vseh zavarovanih oseb do pravic iz OZZ. S staranjem prebivalstva se bodo razmere še zaostrole. Javno financiranje ne bo zmoglo bremen neomejene dostopnosti do vseh sedanjih pravic (tudi v primeru, da bo Slovenija resnično dosegala dolgoročno načrtovano gospodarsko rast in poskrbela za večjo zaposlenost aktivnega prebivalstva).

Do ljudi bi bilo tako bolj pošteno, da se predlagatelji zakonov odločijo za manjšo košarico pravic, kot pa da se navzven razglasha visok zdravstveni standard za vse, v praksi pa se nenehno ukvarjamo z upravičenimi in neupravičenimi čakalnimi dobami, neakovostnimi diagnostičnimi in terapevtskimi storitvami, površnim in neosebnim komuniciranjem med bolniki in zdravniki ter med zdravstvenimi delavci, izsiljevanjem in korupcijo, neetičnim bogatenjem na račun stiske bolnikov, čudnimi oblikami privatizacije strokovnih elit v

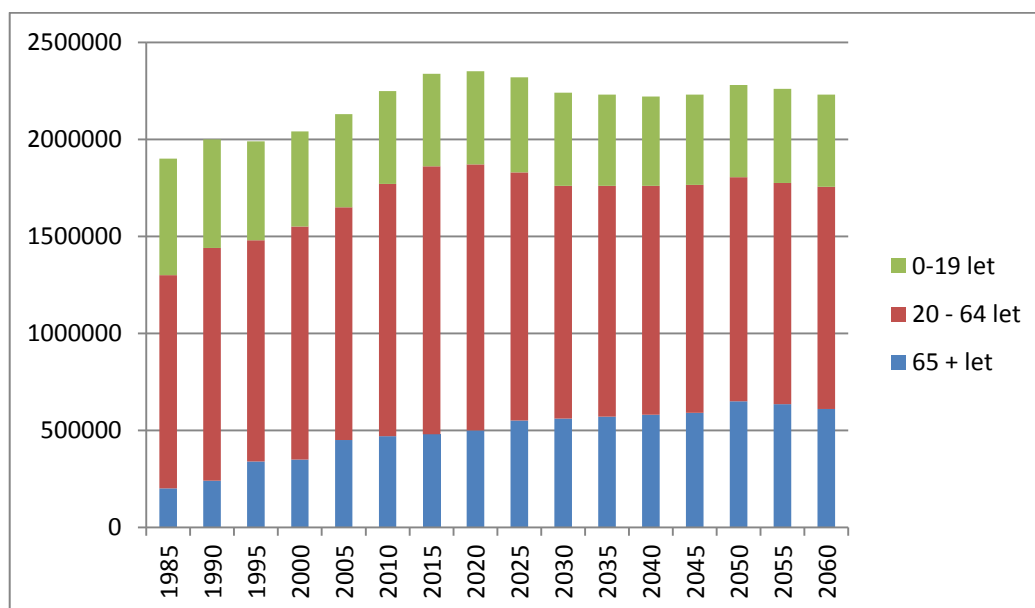
zdravstvu itd. »Očiščena« košarica pravic bi napravila tudi prosto pot za nastanek pravih PZZ, prek katerih bi ljudje svobodno in legalno uveljavljali večjo skrb za lastno zdravje. (Česen, 2006, str. 34)

2.2 RAST SREDSTEV ZA ZAGOTAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA PREBIVALCEV SLOVENIJE

2.2.1 PRIČAKOVANE DEMOGRAFSKE SPREMEMBE

Prebivalstvo Evrope se bo po pričakovanjih v naslednjih letih staralo in Slovenija ni pri tem nobena izjema. Starejši ljudje dokazano potrebujejo več zdravstvene oskrbe. Ti dve dejstvi je nujno treba upoštevati pri kakršnem koli snovanju zdravstvene mreže na primarni in drugih ravneh zdravstvenega varstva. Za Slovenijo podatki SURS in Eurostata v naslednjih 45 letih predvidevajo spremembe v demografski sestavi prebivalstva, kot jih prikazuje spodnji graf. Prebivalstvo je na spodnjem grafu razdeljeno na skupino 0–19 let, ki jo večinoma obravnavajo pediatri, ter na skupini 20–64 let (delovno aktivna skupina) in 65 let in več (upokojenci), ker ti dve skupini pretežno obravnavajo zdravniki, ki delajo v ambulantah družinske oziroma splošne medicine. (MZ, Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, 2013, str. 12)

Graf 1: Demografske spremembe v Sloveniji med leti 1985–2060



Vir: MZ, Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji (2013, str. 12)

Iz grafa je mogoče razbrati naslednje:

- Celotna populacija Slovenije se bo do leta 2030 predvidoma povečevala na približno 2,15 milijona prebivalcev, nato pa bo postopoma pričela upadati do približno 2,06 milijona leta 2060.
- Število mladih, do vključno 19. leta starosti, se v projekciji med leti 2010 in 2060 giba med 385.000 in 405.000 osebami v tej starostni skupini. Glavni upad v tej starostni

skupini se je že zgodil med leti 1985 in 2005; populacija je sedaj relativno stabilna. Seveda lahko nanjo močno vplivajo emigracija in imigracija, ki je projekcija ne obravnava.

- Najbolj se bo zmanjšal delež oseb v starostni skupini 20–64 let, torej v delovno aktivni skupini ljudi. Projekcija prikazuje upad iz najvišje vrednosti 1,33 milijona leta 2015 na 1,02 milijona leta 2060. Tudi v tej starostni skupini lahko emigracija in imigracija bistveno spremeni število oseb.
- Najbolj se bo povečalo število oseb, starih 65 let in več, ki se bo že leta 2040 v primerjavi z letom 2010 povečalo iz 338.000 na 589.000 (tj. prirastek za približno 74 % glede na leto 2010), do leta 2060 predvidoma na 650.000 (tj. približno za 90 %). V primerjavi z letom 1995 (leto, ko so že stopili v uporabo glavarinski količniki) pa je porast še večji – iz 240.000 na 650.000 (tj. prirast za 170 %).
- Razmerje med potencialno delovno aktivnim prebivalstvom (20–64 let) ter med ostalimi starostnimi skupinami se bo od leta 2010, ko je znašalo 1,8 : 1, spremenilo na 1 : 1 okrog leta 2050, nato pa se bo še zmanjševalo (če ne bo bistvenih emigracijskih ali imigracijskih sprememb).

Ti demografski trendi so pričakovani, predstavljajo pa velik izziv zdravstvenemu sistemu, ki ga moramo pripraviti tako z organizacijskega, finančnega kot tudi kadrovskega vidika. (MZ, Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti, 2013, str. 13)

2.2.2 IZDATKI ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO

Delež celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo je v Sloveniji približno na ravni povprečja EU, bolj pa zaostajamo po izdatkih za dolgotrajno oskrbo na prebivalca. Delež celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v BDP se je v Sloveniji v letu 2008 (zadnji razpoložljivi podatki) nekoliko zvišal – na 1,08 % BDP (1,02 % v letu 2007). Ob tem so znašali javni izdatki 0,82 % BDP in zasebni 0,26 % BDP; oziroma v strukturi 63,0 % izdatki za dolgotrajno zdravstveno oskrbo in 37,0 % izdatki za dolgotrajno socialno oskrbo. (UMAR, Poročilo o razvoju, 2011, str. 156)

V letu 2008 se je močno okrepila rast javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, še posebej za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe. Rast celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo se je leta 2008 okrepila na realnih 7,2 % (2,4 % v letu 2007). Potem ko je bila v letih 2006 in 2007 rast javnih izdatkov zelo nizka in so hitro naraščali predvsem zasebni izdatki, pa se je leta 2008 okrepila rast izdatkov iz javnih virov (na realnih 8,2 %). Najbolj so se povečali izdatki za storitve zdravstvene oskrbe v domovih za starejše, ki se pokrivajo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja (realno za 10,1 %). Glavni vzrok za njihovo povečanje je bilo precejšnje povečanje kapacitet domov za starejše v tem letu in s tem števila uporabnikov te storitve. Delno pa je bilo to tudi posledica odpravljanja plačnih nesorazmerij v javnem sektorju. Relativno visoka je bila v letu 2008 tudi rast izdatkov lokalnih skupnosti za storitve socialne dolgotrajne oskrbe. Tudi sicer občine iz leta v leto pokrivajo višji delež javnih izdatkov za socialni del storitev dolgotrajne oskrbe (60 % v letu 2008). Po drugi strani se je v letu 2008 v primerjavi s preteklima dvema letoma umirila rast zasebnih izdatkov (realno na 4,2 %), in sicer je bila njihova rast nekoliko nižja kot v povprečju preteklega obdobja, tako za storitve zdravstvene kot tudi za storitve socialne

dolgotrajne oskrbe. V celotnih izdatkih za dolgotrajno oskrbo se je leta 2008 v strukturi po virih financiranja povečal delež javnih izdatkov (na 76,1 %), v strukturi po namenu pa delež izdatkov za storitve zdravstvene dolgotrajne oskrbe (na 63,0 %). V celotnem obdobju 2003–2008 so se izdatki za dolgotrajno oskrbo realno povečali kar za 29,5 % (povprečno letno za 5,3 %). Pri tem skoraj ni bilo razlike v rasti javnih in zasebnih izdatkov, po namenu pa so se bolj povečali zdravstveni kot socialni izdatki. (UMAR, Poročilo o razvoju, 2011, str. 156)

Pričakovane demografske spremembe so bolj ali manj znane: do leta 2020 se bo delež prebivalcev, starih nad 65 let, povečal za več kot 5 odstotnih točk, od 15 na prek 20 odstotkov vsega prebivalstva, pri čemer naj bi se delež kohorte od 65 do 79 let povečal za 3 odstotne točke, delež prebivalcev nad 80 let pa za okoli 2,3 odstotne točke. Dobro je znano, da so zdravstveni izdatki za populacijo nad 65 let nekajkrat višji kot za mlajše prebivalce. Nekateri empirični študije v tujini kažejo, da so stroški za zdravstvo per capita za populacijo nad 80 let tudi do osemkrat višji kot za osebe do 65 let. Točnejših izračunov za Slovenijo ni, že iz te grobe primerjave pa si je mogoče ustvariti predstavo, kaj bo pomenilo za zdravstveno blagajno, če bo potrebno financirati osemkratni povprečni strošek zdravstva za dodatnih 50 ali 500 tisoč prebivalcev, starih nad 80 let. Dodatno bo potrebno računati tudi z bistveno višjimi izdatki za dolgotrajno nego, ki se sedaj ne obravnavajo pod izdatki za zdravstvo. (Kranjec, 2009)

Glede na pričakovana demografska gibanja in pričakovano rast števila oseb, ki bodo potrebovali dolgotrajno oskrbo, ne bo mogoče pokriti vseh stroškov pretežno z javnimi sredstvi. Zato bo treba dolgotrajno oskrbo vzpostavljati na konceptu mešanega javno–zasebnega sodelovanja in financiranja, ki bo temeljilo na spremenjeni delitvi odgovornosti med posameznikom, družino, lokalno skupnostjo in državo. (PZDOZDO, 2011)

2.3 POSLOVANJE JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODOV V OBDOBJU 2008–2012

Javni zdravstveni zavodi so tudi v letu 2012 izvajali programe v pogojih financiranja, ko so že tretje leto zapored upadali javni izdatki za zdravstvo, ničelna je bila tudi rast zasebnih izdatkov, tako iz dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj kot izdatkov iz žepa. Za ohranjanje uravnoteženega poslovanja v okviru OZZ je bila v letu 2012 ponovno sprejeta vrsta pretežno interventnih ukrepov, kot ponovno znižanje cen zdravstvenih storitev, ki se nadaljuje tudi v letu 2013. Glavni vzrok za večanje izgub javnih zdravstvenih zavodov je pretežno linearno zmanjševanje cen zdravstvenih storitev, ki so se v kriznih letih 2009–2012 znižale skupno že za 18,5 %. (PZZVZZ, 2013)

Upošteva se poslovne rezultate vseh javnih zdravstvenih zavodov, in sicer bolnišnic, zdravstvenih domov, zavodov za zdravstveno varstvo, lekarn in nekaterih drugih zdravstvenih zavodov, so poslovni rezultati bolnišnic relativno najbolj zaskrbljujoči. Poslovni rezultati za leto 2012 se med zavodi se zelo razlikujejo, saj so bolnišnice izkazale pobotan negativni poslovni izid v višini 13,2 mio EUR, zavodi za zdravstveno varstvo so poslovali pozitivno, z izjemo Inštituta za varovanje zdravja, ZZV Ljubljana in

ZZV Ravne. 42 zdravstvenih domov je izkazalo presežke v višini 4,3 mio EUR, 15 zdravstvenih domov pa primanjkljaje v višini 1,3 mio EUR. Vse javne lekarne so v letu 2012 poslovale pozitivno in izkazale 8,3 mio EUR presežka prihodkov nad odhodki. (PZZVZZ, 2013)

Tabela 2: Poslovni rezultati po skupinah javnih zdravstvenih zavodov v letih 2008–2012 ter delež tekočega presežka/primanjkljaja v celotnih prihodkih

Vrsta JZZ	PRESEŽEK PRIHODKOV oz. ODHODKOV					% tekočega PRESEŽKA oz. PRIMANJKLJAJA v CP				
	2012	2011	2010	2009	2008	2012	2011	2010	2009	2008
Bolnišnice	-13.214.759	-7.559.086	-6.033.283	10.773.671	29.675.892	1,05%	0,60%	0,41%	0,88	2,57%
IVZ in ZZV	-413.443	-293.664	34.641	629.295	530.381	0,69%	0,47%	0,05%	1,05%	0,95%
Ostali JZZ*	1.872.805	485.343	480.033	1.918.493	3.689.121	4,08%	1,05%	1,12%	4,23%	8,89%
Skupaj	-11.755.397	-7.367.407	-5.518.609	13.321.459	33.895.394	0,86%	0,53%	0,41%	1,00%	2,71%
Zdravstveni domovi	3.030.483	4.567.653	441.587	-1.747.990	6.512.841	0,82%	1,24%	0,11%	0,49%	1,89%
Lekarne	8.296.629	9.107.210	9.322.447	11.036.498	26.253.516	1,86%	1,97%	1,99%	2,38%	5,74%
Skupaj	11.327.112	13.674.863	9.734.034	9.288.508	32.766.357	1,39%	1,64%	1,17%	1,13%	4,09%
SKUPAJ	-428.285	6.307.456	4.215.425	22.609.967	66.661.751	0,02%	0,29%	0,19%	1,05%	3,25%

Vir: PZZVZZ po Ajpes (2013)

Poslovni rezultati bolnišnic za 2012 so nekoliko slabši kot v predhodnih letih. Negativni rezultat poslovanja je izkazalo 12 bolnišnic v višini 17,3 mio EUR, 14 bolnišnic je izkazalo presežke prihodkov nad odhodki v skupni višini 4,1 mio EUR. Od tega so vse psihiatrične bolnišnice zaključile poslovanje za leto 2012 s presežki v višini 0,5 mio EUR. Zaskrbljujoče je višanje kumulativnih primanjkljajev bolnišnic iz preteklih let, ki so v bilanci stanja na dan 31. 12. 2012 v 13 javnih bolnišnicah znašali 83.900.907 EUR primanjkljaja. Preostale bolnišnice pa izkazujejo presežek v skupni višini 13.078.753 EUR. Skupen kumulativni primanjkljaj vseh 26 bolnišnic se je na račun realizacije skupnega tekočega primanjkljaja v letu 2012 povišal za 15.875.639 EUR in je na dan 31. 12. 2012 znašal 70.822.154 EUR. Višanje kumulativnega primanjkljaja se odraža tudi na poslabšani plačilni sposobnosti bolnišnic, podaljševanju plačilnih rokov in višanju finančnih odhodkov. (PZZVZZ, 2013)

Delež primanjkljaja (pobotan izid) v celotnem prihodku vseh bolnišnic skupaj je v letu 2012 znašal 1,1 % in se je glede na predhodno leto skoraj podvojil (v letu 2011 je delež primanjkljaja znašal 0,6 % celotnih prihodkov bolnišnic). Celotni prihodki bolnišnic so bili v letu 2012 nižji za 1,2 % in so prvič izkazali negativno rast. Prihodki iz OZZ so se glede na realizirane v letu 2011 v povprečju znižali za 3,2 % oz. za 32,9 mio EUR, povečali so se prihodki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za 14,8 EUR oz. za 16,4 %. Padec rasti prihodkov je prisoten pri večini bolnišnic, glede znižanja odhodkov pa lahko ugotovimo določene razlike, ki so v pretežni meri pogojene s spremembami v obsegu in strukturi programov, ki jih izvajajo. (PZZVZZ, 2013)

Poslovanje zdravstvenih domov v letu 2012 izkazuje v povprečju boljše rezultate kot v letu 2011; 42 zdravstvenih domov je izkazalo presežke v višini 4,3 mio EUR, s primanjkljajem je zaključilo poslovanje 15 zdravstvenih domov v skupni višini 1,3 mio EUR. Pobotan poslovni izid zdravstvenih domov v letu 2012 znaša 3 mio EUR presežka prihodkov nad odhodki. Za programe osnovne zdravstvene dejavnosti, ki jih v pretežnem delu izvajajo zdravstveni domovi, smo iz zdravstvene blagajne namenili 398.559.243 EUR oz. 24,0 % vrednosti celotnega zdravstvenega programa. V primerjavi s predhodnim letom se je znesek iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja povišal za 533.384 EUR oz. za 0,1 %. Celotni prihodki zdravstvenih domov so se v letu 2012 malenkostno znižali (za 0,3 %) glede na 2011, vendar manj kot v bolnišnicah in ZZV. (PZZVZZ, 2013)

Javne lekarne so v 2012 izkazale pozitivno poslovanje, skupno v višini 8,3 mio EUR. V primerjavi s predhodnimi leti se višina presežka nekoliko znižuje in je za leto 2012 znašala 1,9 % celotnih prihodkov. Tudi v lekarnah so se celotni prihodki v letu 2012 znižali, in sicer v povprečju za 3,4 % glede na leto 2011. V obdobju 2008–2012 se je rast celotnih prihodkov zmanjševala. (PZZVZZ, 2013)

2.4 OCENA DOLGOROČNE FINANČNE VZDRŽNOSTI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

2.4.1 POIZKUS UKINITVE DODATNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Ukinitiv PZZ bi pomenilo zmanjšanje obsega finančnih sredstev v sistemu zdravstvenega varstva. Ministrstvo za zdravje je leta 2011 v gradivu »Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020« predlagalo, da se izpadla sredstva zagotovijo s povišanjem stopnje prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki ga plačujejo delojemalci in da se uvede nov prispevek za zdravstveno zavarovanje, ki naj bi ga plačevale zavarovane osebe, ki prejemajo pokojnine (in druge prejemke) po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1) iz teh dohodkov.

Takšna predlagana rešitev je naletela na neodobravanja strokovne javnosti, po mnenju katere naj bi takšen ukrep dodatno zmanjševal prihodke iz dohodnine in s tem vplival na zmanjšanje prihodkov državnega proračuna. Poleg tega pa bi se s povišanjem prispevne stopnje za delojemalce povečala obremenitev dela in s tem zmanjševala konkurenčnost Slovenije. Ob tem se je še ugotovilo, da je naložitev prispevka za zdravstveno zavarovanje upokojencem, ki naj bi ga plačevali iz neto pokojnin, v nasprotju z veljavno ureditvijo pravic iz naslova obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja v Sloveniji.

Medresorska delovna skupina je nato iskala nove načine zbiranja sredstev v zdravstveno blagajno zaradi ideje o ukinitvi obstoječega sistema DZZ. Proučila je možnost vpeljave nove dajatve, ki ne bi povečala stroškov dela in ne bi povzročila dodatnega izpada dohodnine, hkrati pa bi bila uvedena vsaj za vse zavarovane osebe, ki po veljavni zakonodaji plačujejo premijo DZZ za zagotovitev pokritja polne vrednosti storitve.

Kot edino možno rešitev je nato delovna skupina predlagala uvedbo dajatve v obliki splošne participacije. Teoretično sta možni dve obliki splošne participacije:

- v obliki fiksne dajatve – višina je določena v enotnem pavšalnem znesku za vse zavarovane osebe,
- v obliki variabilne dajatve – višina je odvisna od dohodka posameznika in določene odmerne stopnje.

Splošna participacija v obliki variabilne dajatve je s sistemskega vidika kot tudi administrativnega in izvedbenega vidika tako za izvajalca kot zavarovanca zelo zahtevna. Poleg navedenega, v kolikor bi to dajatev definirali kot plačilo v odstotku od neke osnove (dohodka zavarovanca), je ta dajatev bodisi davek bodisi prispevek za socialno varnost, s čimer se dejansko poveča obremenitev dela. Zato je delovna skupina menila, da uvedba dajatve, katere višina bi bila odvisna od višine dohodkov posameznega zavarovanca, ni smiselna in je sistemsko in administrativno zelo zahtevna.

Kot edino možno rešitev, ki jo predlaga delovna skupina, je tako uvedba dajatve v obliki splošne participacije v enotnem pavšalnem znesku za vse zavezance. Splošno participacijo bi v enaki višini plačevale vse zavarovane osebe, ki po veljavni zakonodaji plačujejo premijo DZZ za zagotovitev pokritja polne vrednosti storitve.

Višina dajatve bi bila prilagojena vrednosti storitev, ki bi bile vključene v košarico zdravstvenih storitev, ki bi bila krita iz javnih sredstev. Košarico zdravstvenih storitev bi v izhodišču opredelilo Ministrstvo za zdravje v novem ZZVZZ, standard teh storitev, ki bi določal vrednost te košarice, pa bi kontinuirano določal ZZZS. Ne glede na omenjeno, bi bila povprečna višina splošne participacije tako v primeru fiksne ali variabilne dajatve nižja od višine sedanje bruto premije iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, zato lahko kljub temu da v tem primeru ne pride do nižanja ефективne dohodnine, pričakujemo ugodne makroekonomske učinke iz naslova nižjega pritiska na plače oziroma višjega razpoložljivega dohodka prebivalstva.

Dajatev bi bila vir prihodkov ZZZS. Skladno s tem predlogom bi bila ta dajatev del javnofinančnih prihodkov (nedavčni prihodek ZZZS kot javnofinančne blagajne), vendar ne bi bila tretirana niti kot davek niti kot prispevek za socialno varnost.

Ob tem pa delovna skupina opozarja, da predlagana rešitev ne rešuje problema zagotovitve potrebnih dodatnih sredstev v državnem proračunu za financiranje nekaterih storitev, za katere je v »Nadgradnji zdravstvenega sistema do leta 2020« predvideno, da bi se v bodoče financirale iz državnega proračuna (financiranje raziskovalne dejavnosti in podiplomskega izobraževanja, financiranje pripravnikov in specializantov, plačevanje bolniških nadomestil za brezposelne, financiranje krvodajalcev, v skupni letni višini okrog 58 milijonov evrov), ki izhaja iz vsebinskih izhodišč redefinicije košarice pravic (prenos financiranja določenih segmentov oziroma storitev na proračun). Proučitev tega problema pa ni bila naloga te delovne skupine.

2.4.2 DODATNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE KOT STABILEN VIR

Sedanji sistem zdravstvenega zavarovanja dolgoročno ni vzdržen. Po študiji Inštituta za ekonomska raziskovanja bo leta 2025 v zdravstvu zmanjkalo 152,1 milijona evrov, ob ukinitvi dopolnilnega zavarovanja pa še dodatnih 643,4 milijona evrov. Iskanje novih virov bo izziv, saj višja prispevna stopnja obremeni proračun, plačevanje iz žepa pa bolne in starejše.

Obstoječi zdravstveni sistem dolgoročno ni javnofinančno vzdržen, za javne finance pa bo izziv:

- kako pokriti "primarni" finančni primanjkljaj v zdravstvu (Primanjkljaj I.),
- kako pokriti dodatni primanjkljaj ob eventualni ukinitvi PZZ (Primanjkljaj II.),
- kako zagotoviti potrebna sredstva še za pokojninski sistem in sistem dolgotrajne oskrbe (IER, 2014).

Tabela 3: Izdatki in viri sredstev zdravstvenega sistema v obdobju 2012–2060 (v % BDP)

IZDATKI	Vrednost v 2012 (mio EUR)	2012	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
ZZZS-obvezno zdr. zavarovanje	1.893,86	5,36	5,47	5,55	5,73	5,90	5,99	6,08	6,16	6,25	6,25	6,25
ZZZS-dolgotrajna oskrba	176,78	0,50	0,54	0,58	0,61	0,65	0,71	0,82	0,88	0,95	0,98	1,02
DZZ	468,40	1,33	1,35	1,37	1,42	1,46	1,48	1,50	1,52	1,55	1,55	1,55
Gospodinjstva	416,98	1,18	1,20	1,22	1,26	1,30	1,32	1,34	1,36	1,38	1,38	1,38
Gospodarske družbe	49,19	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16
ZZZZ-bolniške	233,24	0,66	0,67	0,67	0,68	0,69	0,70	0,70	0,71	0,71	0,71	0,71
SKUPAJ	3.238,45	9,17	9,38	9,55	9,85	10,15	10,35	10,59	10,79	11,00	11,03	11,06
Delodajalci-bolniške (2011)	224,00	0,63	0,64	0,65	0,66	0,67	0,67	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68
VIRI	Vrednost v 2012 (mio EUR)	2012	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Prispevki za obvezno zdr. zavarovanje	1.908,10	5,40	5,43	5,44	5,43	5,38	5,33	5,32	5,33	5,34	5,35	5,34
Nedavčni prihodki	42,52	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12
ZPIZ-zdr.zavarovanje upokojencev	356,79	1,01	0,99	1,02	1,07	1,11	1,15	1,19	1,24	1,28	1,29	1,29
DZZ	468,40	1,33	1,35	1,38	1,39	1,40	1,42	1,41	1,39	1,40	1,38	1,35
Gospodinjstva	416,98	1,18	1,20	1,22	1,26	1,30	1,32	1,34	1,36	1,38	1,38	1,38
Gospodarske družbe	49,19	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16
SKUPAJ	3.241,98	9,18	9,24	9,33	9,42	9,47	9,48	9,53	9,59	9,68	9,68	9,64
Delodajalci-bolniške (2011)	224,00	0,63	0,64	0,65	0,66	0,67	0,67	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68
Primanjkljaj I. (% BDP)		-0,01	0,14	0,22	0,43	0,68	0,87	1,06	1,20	1,32	1,35	1,43
Primanjkljaj I. v BDP-ju iz leta 2012 (mio EUR)		-3,5	48,0	77,2	152,1	241,7	307,3	374,2	424,2	466,6	477,8	503,8
DZZ (% BDP)		1,33	1,35	1,38	1,39	1,40	1,42	1,41	1,39	1,40	1,38	1,35
DZZ v letu 2012 (mio EUR)		468,4	477,5	487,3	491,3	495,1	500,6	498,1	492,2	493,6	486,0	477,9
Primanjkljaj II. (% BDP)		1,32	1,49	1,60	1,82	2,09	2,29	2,47	2,59	2,72	2,73	2,78
Primanjkljaj II. v BDP-ju iz leta 2012 (mio EUR)		464,9	525,5	564,5	643,4	736,9	808,0	872,4	916,4	960,1	963,9	981,7

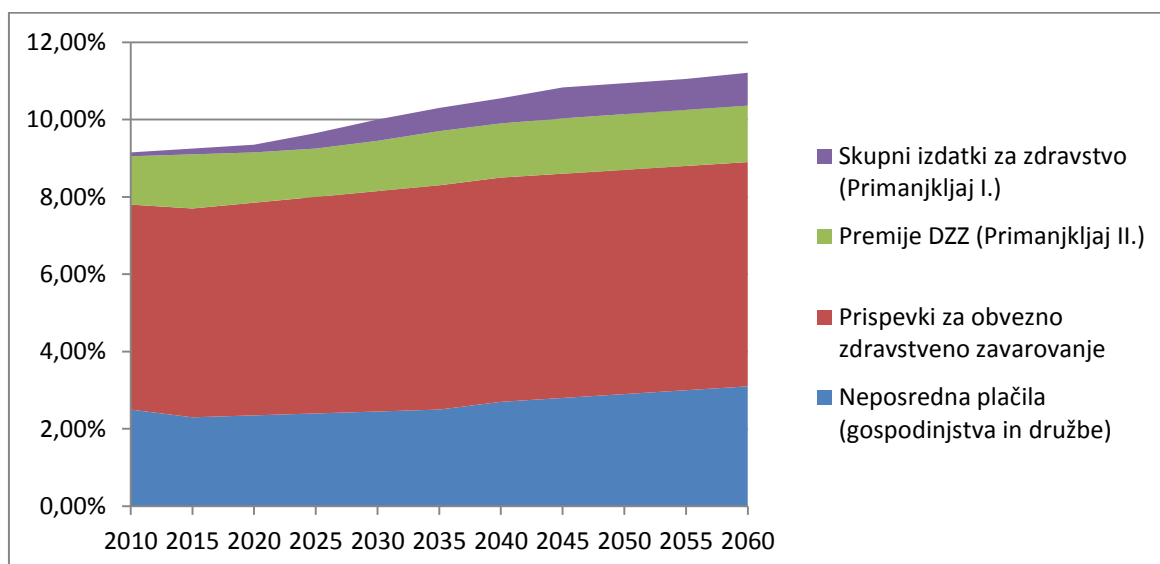
Vir: IER (2014, str. 43)

Tabela prikazuje rezultate, ki bi ob nespremenjeni strukturi zdravstvenih izdatkov in finančnih virov, nastajal finančni primanjkljaj (Primanjkljaj I.), kot posledica demografskih gibanj, rasti BDP in nedemografskih dejavnikov. Pokritje tega primanjkljaja bo že samo po sebi javnofinančni izziv, saj se dolgoročno poleg finančnih potreb v zdravstvenem sistemu povečujejo tudi potrebe v pokojninskem sistemu in v sistemu dolgotrajne oskrbe. Brez dodatnih finančnih virov in/ali sprememb na strani izdatkov obstoječi sistem dolgoročno ni javnofinančno vzdržen.

Eventualna ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bi pred javne finance postavila dodatno, višjo zahtevo (pokrivanje Primanjkljaja II.), ki se bo v času povečevala, saj se bo delež aktivnega prebivalstva, ki nosi glavino davčnega bremena, dolgoročno zmanjševal. Obstoječe premije za DZZ predstavljajo dolgoročno stabilen vir, ker zajemajo celotno populacijo, so v absolutnih zneskih za vse enake in niso vezane na dohodek posameznika.

V sedanjem sistemu znaša skupna stopnja prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje 13,45 %, od tega znaša delodajalčev del 7,09 % ter delojemalčev del 6,36 %. Posamezniki se dopolnilno zdravstveno zavarujejo in plačajo premijo (iz neto dohodka), ki za veliko večino znaša 27,7 EUR na mesec oz. 332,4 EUR na leto. Vsebinsko premije posameznika zavarujejo pred tveganjem doplačil pri tistih zdravstvenih storitvah, ki niso 100-odstotno pokrite s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja. (IER, 2014, str. 44)

Graf 2: Izdatki in viri sredstev zdravstvenega sistema v obdobju 2012–2060, kumulativne vrednosti (v % BDP)



Vir: Inštitut za ekonomska raziskovanja (IER), Ocena dolgoročne javnofinančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja (2014)

Slovenija se uvršča v sam vrh držav glede obremenitve s prispevki za socialno varnost, saj je v letu 2011 s 15-odstotnim deležem v BDP zasedla 4. mesto med državami EU, slovenska delojemalčeva stopnja 22,1 % pa je najvišja med državami OECD. Za razliko od mnogih EU in OECD držav Slovenija pri zaposlenih delavcih tudi ne uporablja zgornje meje pri prispevkih za socialno varnost (»kapice«), nad katero se prispevki nič več ne obračunavajo. (IER, 2014, str. 62)

Dolgoročne projekcije gibanja zdravstvenih izdatkov in finančnih virov za njihovo pokrivanje kažejo, da bo ob nespremenjeni strukturi obojih zaradi demografskih gibanj, rasti BDP in nedemografskih dejavnikov nastajal dolgoročen primanjkljaj. Leta 2025 bo dosegel 0,43 % BDP, leta 2060 pa 1,43 % BDP oz. 152,1 ter 503,8 milijonov EUR, preračunano na BDP iz leta 2012, kar pomeni, da brez dodatnih finančnih virov in/ali sprememb na strani izdatkov, obstoječi sistem dolgoročno ni javnofinančno vzdržen. Že

pokrivanje tega primanjkljaja iz leta 2025 bo za sistem javnih financ predstavljalo izziv, saj bi pokritje 152,1 milijonov EUR zahtevalo dvig stopnje prispevkov za zdravstveno zavarovanje za 1,2 odstotne točke, ob tem, da dolgoročno ne rastejo samo potrebe v zdravstvenem sistemu, ampak tudi potrebe v pokojninskem sistemu in sistemu dolgotrajne oskrbe. Dohodki upokojene populacije so nizki in ni realno pričakovati, da bi jo lahko dodatno obremenili v te namene. Projekcije tudi kažejo, da bo delež upokojene populacije naraščal, tako da vse dodatne obremenitve, ki bodo neizogibne, odpadejo na vedno manjši delež aktivne populacije, ki v sedanjí ureditvi pokriva praktično celotne prispevke za socialno varnost ter 94 % dohodnine. (IER, 2014, str. 62)

Eventualna ukinitév dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bi pomenila dodatni primanjkljaj v višini 1,39 % BDP, s čimer bi se celotni primanjkljaj zdravstvenega sistema v letu 2025 povišal na 1,82 % BDP oz. 643,4 milijonov EUR, preračunano na BDP iz leta 2012. To bi pomenilo zahtevo po dvigu delojemalčeve stopnje prispevkov za zdravstveno zavarovanje za 4,8 odstotne točke ter nastanek 160,6-milijonskega izpada dohodnine v državnem proračunu. Ob upoštevanju drugih javnofinančnih potreb, že obstoječe obremenitve s prispevki za socialno varnost in mednarodne davčne konkurenčnosti je takšen razplet malo verjeten. Po drugi strani bi pokrivanje 643,4 milijonov EUR z uvedbo direktnih zasebnih plačil v obliki participacije pri prvem kurativnem obisku zdravnika in pri izdaji zdravila na recept ter v obliki letne odbitne franšize pomenilo izrazito obremenitev starejše populacije, saj zdravstveni izdatki strmo naraščajo s starostjo. (IER, 2014, str. 62)

Po mnenju bivšega ministra za finance, dr. Janeza Šušteršiča je ukinitév dopolnilnega zavarovanja kot izgovor za povišanje davkov. Lahko se pričakuje nov progresivni davek za zdravstvo, ki bo prikazan kot bolj socialen od dopolnilnega zavarovanja, kjer so premije pri isti zavarovalnici za vse enake. Seveda se bo pri tem zamolčalo, da socialno ogroženim že danes ni treba biti dopolnilno zavarovan, ker jim doplačila zdravstvenih storitev pokrije proračun. Poleg tega bomo dobili tudi kakšno novo obliko participacije, kjer bomo za določene storitve plačevali neposredno iz žepa, ne da bi se mogli za to zavarovati. Temu se bo reklo vzgojna dajatev za ljudi, ki preveč hodijo k zdravniku, čeprav bo šlo v resnici samo za krpanje strganih žepov državnega monopola. (Šušteršič, 2014).

3 SISTEM ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

H2: Poslovna učinkovitost in kakovost zdravstvene oskrbe je v javnih bolnišnicah na nizkem nivoju.

H3: Čakalne dobe se v specialističnih ambulantah povečujejo zaradi pomanjkanja izvajalcev.

3.1 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

Reforma na področju zdravstvene dejavnosti je nujna in predvidena že v Slovenski izhodni strategiji 2010–2013, ki jo bo omogočil temeljni področni zakon, in sicer Zakon o zdravstveni dejavnosti. Časovno uveljavljanje sprememb je zato vezano na njegovo sprejetje in sprejemanje podzakonskih predpisov na njegovi podlagi. Spremembe bodo omogočile racionalizacijo izvajanja zdravstvene dejavnosti. Predlog sprememb bi bilo potrebno peljati tudi v smer uvedbe programskega financiranja zdravstvene dejavnosti, učinkovitejšega upravljanja zdravstvenih zavodov in načina financiranja dejavnosti preko ZZS. Zakon o zdravstveni dejavnosti uveljavlja izhodišče, da je temeljno poslanstvo zdravstvene dejavnosti zadovoljevanje potreb prebivalstva in ne ustvarjanje dobička, zato bo zdravstvena dejavnost pretežno javna in bo nepridobitna. Načrtovani učinek zakona je ohranjanje dosežene ravni in kakovosti zdravstvene dejavnosti ob omejenih virih, ki jih opredeljujejo javnofinančne omejitve. (VRS, Slovenska izhodna strategija 2010–2013, str. 30)

Celotno področje zdravstvenega varstva ureja pri nas več zakonov, in sicer Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravniški službi in še nekateri drugi (Zakon o zdravilih, Zakon o nalezljivih boleznih, Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o zbirkah podatkov v zdravstvu itd.), ki predstavljajo zaokroženo in neločljivo celoto. Na področju zdravstvene dejavnosti je bila edina resna kasnejša sprememba v tem, da je bil leta 1999 sprejet Zakon o zdravniški službi, ki je posebej uredil vprašanja, ki se nanašajo na delo zdravnikov in zobozdravnikov, pogoje za opravljanje dejavnosti teh dveh poklicev, njihove specializacije, pravice in obveznosti zdravnikov, njihov delovni čas, počitek in organiziranje v zbornico. Vse ostale opredelitve, ki se nanašajo na organizacijo zdravstvene dejavnosti, pogoje za opravljanje te dejavnosti, možnosti zasebnega dela ter druge opredelitve, so ostale nespremenjene vse od sprejema zakona leta 1992. (PZZDej, 2010)

Slovenija se je leta 1992 odločila za mešani javno-zasebni model izvajanja zdravstvene dejavnosti, pri čemer pretežna večina zasebnega izvajanja temelji na zasebnih izvajalcih s koncesijo. Izjemo predstavlja zobozdravstvo, kjer je delež zasebnih izvajalcev brez koncesije večji. Ker so storitve koncesionarjev plačane na enak način kot storitve javnih izvajalcev, je s stališča financiranja ta model javen. Na področju izvajanja storitev pa se je od soobstoja javnih in zasebnih izvajalcev pričakovalo, da bodo dali spodbudo za večji

prispevek posameznikov k razvoju zdravstvenega sistema, konkurenco med izvajalci obeh skupin in primerjavo prednosti in slabosti obeh načinov izvajanja. (PZZDej, 2010)

Javni in zasebni sistem zdravstvenega varstva nista izključujoča, temveč dopolnjujoča se načina zagotavljanja zdravstvenega varstva, zato sta se v večini razvitih držav uveljavila oba, le njihova zastopanost na posameznih ravneh je od države do države različna. V Sloveniji so bile šele s spremembo družbenopolitičnega sistema dane možnosti za uveljavitev zasebne pobude v zdravstvu. Ko govorimo o zasebništvu, moramo razlikovati zasebnike, ki imajo koncesijo in so sestavni del javnega zdravstva, od tistih, ki prodajajo zdravstvene storitve in jim jih bolniki neposredno plačujejo. Slednjih v slovenskem zdravstvu praktično ni, z izjemo zobozdravstva, kjer pa "pravi zasebniki" prav tako predstavljajo le majhen delež. (Poredoš, 2005)

3.1.1 JAVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST IN NJENA MREŽA

Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev poteka preko decentralizacije in krepitev regionalizacije ob istočasnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravni:

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

Kljub ohranitvi strukture po ravneh je zaradi boljšega povezovanja znanja in izkoriščenosti opreme potrebno združevati izvajalce v regionalne centre. Ti lahko s povezavami določenih dejavnosti bolje izmenjajo znanje, organizirajo delo ter učinkovito uporabljajo opremo in druge vire. Mreženje mora temeljiti na jasno definiranih minimalnih kriterijih za obstoj javnih zavodov (število prebivalcev), ki zagotavljajo dostopnost državljanov do zdravstvenih storitev. Mreženje posameznih funkcij javnih zdravstvenih zavodov, bodisi strokovnih bodisi poslovnih, zaradi povezovanja znanja in izmenjave izkušenj izboljšuje kakovost in varnost zdravstvenih storitev, obravnava na enem mestu pa se bolj osredotoča na pacienta. Pri združevanju in povezovanju poslovnih in upravljalnih funkcij se prav tako zmanjšuje administrativno delo, funkcije administrativnega kadra morajo biti v največji možni meri preusmerjene iz sistema upravljanja v sistem obravnave pacienta. Kader je treba preusmeriti z opravljanja administrativnih del na upravi v procese obravnave bolnika. Zaradi združevanja funkcij in novega načina delitve dela se posledično optimizirajo obratovalni stroški in kadrovske potrebe, kakovost storitev pa je višja. (Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, 2011, str. 7)

3.1.2 PRIMARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Primarna zdravstvena dejavnost naj bi bila temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva v svetu. Na to opozarjajo številne deklaracije mednarodnih organizacij, na čelu s Svetovno zdravstveno organizacijo. Dobra primarna zdravstvena dejavnost namreč omogoča večjo kakovost, manjše stroške, večjo enakost in večje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom nasplo, je dostopna vsem ljudem v lokalnem

okolju brez predhodnih napotitev ali posredovanja drugih zdravstvenih zavodov oziroma posameznikov. Zdravniki, ki delujejo na primarni ravni, so zdravniki splošne in družinske medicine, pediatri, specialisti šolske medicine, specialisti medicine dela, ginekologi, zobozdravniki. Na primarni ravni je trenutno ena tretjina koncesionarjev, večina je organizirana v samostojne prakse, ki so del sistema javnozdravstvenega varstva.

Sodobni trendi v medicini in zdravstvu postavljajo pred primarno zdravstveno dejavnost velike izzive. Prenos dela s sekundarne na primarno raven, večanje števila kroničnih bolnikov zaradi demografskih sprememb, večja izobraženost in zahtevnost bolnikov, večanje glavarine na zdravnika, hiter razvoj medicinskih smernic in priporočil je samo nekaj dejavnikov, ki zahtevajo spremembe na primarni ravni zdravstvenega varstva. Stanje poslabšujeta staranje zdravnikov in vse redkejša odločanja mladih diplomantov za specializacijo iz družinske medicine. Zaradi tega se v Sloveniji srečujemo s slabo pokritostjo nekaterih regij z zdravniki. Podcenjenost stroke na primarni ravni se zagotovo kaže tudi z razporeditvijo v plačne razrede. (MZ, Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v RS, 2013, str. 4)

3.1.3 SEKUNDARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Sedanje stanje na sekundarni ravni temelji na regijskem načelu. Zdravstvene zmogljivosti na sekundarni in terciarni ravni fizično niso ločene. Glede na mednarodne primerjave Republika Slovenija nima prevelike posteljne zmogljivosti. Ob demografskih spremembah in s tem spremenjenih potrebah bo treba na novo opredeliti status bolnišnic, za kar pa bo treba spremeniti tudi zakonodajo. Dejavnost je namenjena akutni in neakutni bolnišnični obravnavi ter specialistični ambulantni dejavnosti. (ReNPZV, 2008, str. 37)

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

Pomembna je tudi obravnava pacienta na primarni ravni s povezovanjem s sekundarno ravni in približevanjem specialističnih storitev prebivalstvu (primer je povezava specialistov iz Splošne bolnišnice Slovenj Gradec z zaposlenimi v Zdravstvenem domu Velenje). To povezovanje omogoča sodelovanje specialista pri obravnavi bolnika na primarni ravni, kar za pacienta pomeni hitrejši dostop do storitev, izvajalcu pa omogoča pozitivne sinergije pri načrtovanju kadrovske politike, racionalizaciji kadra in nakupu opreme. Pri tem je treba vsak primer povezovanja obravnavati posebej ter upoštevati njegove posebnosti, lokacijo, kadrovsko zasedbo, prostorske zmogljivosti in organizacijo dela. Povezovanje mora biti namreč pozitivno za vse zavode, ki so vključeni. (Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, 2011, str. 8)

3.1.4 TERCIARNA RAVEN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Terciarna raven zdravstvenega varstva vključuje znanstveno-raziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje

najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni mogoče niti ni smotno opravljati na nižjih ravneh. Pri svoji dejavnosti terciarne ustanove opravljajo najzahtevnejše specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, uvajajo nove metode zdravljenja, oblikujejo smernice za diagnostiko in zdravljenje ter z njimi seznanjajo druge bolnišnice, zdravnike in druge zdravstvene delavce. Sodelujejo tudi z visokošolskimi zavodi in drugimi strokovnimi organizacijami pri oblikovanju in izvajanju dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja. (ReNPZV, 2008, str. 37)

V okviru terciarne dejavnosti je treba zagotoviti pregledno razmejitev v financiranju sekundarne in terciarne dejavnosti. Treba je odpraviti dosedanje mešanje sekundarne in terciarne ravni. Nobena storitev ne more biti terciarna samo zato, ker je zelo redka ali zelo draga. Nove storitve naj se financirajo s terciarnimi sredstvi le v obdobju njihovega razvijanja in uvajanja in to do takrat, ko preidejo v rutinsko izvajanje in v financiranje preko obstoječih modelov financiranja, kjer se tem storitvam zagotovi ustrezna cena. Za izvajanje terciarne dejavnosti je poleg osebja, ki ga javni zdravstveni zavodi potrebujejo za opravljanje svoje osnovne dejavnosti, potrebno tudi osebje z dodatnim znanjem in veščinami. (Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, 2011, str. 8)

3.2 UČINKOVITOST IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Eden od pomembnih elementov, ki bodo lahko blažili neizogiben porast deleža za zdravstvo, je povečanje mikroekonomske učinkovitosti zdravstvenih izvajalcev, predvsem javnih zavodov.

Potrebno bo nameniti veliko pozornost financiranju programov zdravstvenih storitev z ukrepi za obvladovanje stroškov ter s spodbujanjem izvajalcev in zavarovanih oseb zagotoviti čim boljšo uporabo razpoložljivih virov.

Pomemben poudarek bo potreben tudi pri vzpostavitvi in razvoju informacijskih sistemov ter kazalnikov uspešnosti, ki naj bi pripomogli k zmanjševanju razlik v obsegu in kakovosti opravljenih storitev in nepotrebne administracije ter s tem k povečevanju storilnosti in izkoriščenosti delovnega časa. (Kranjec, 2009)

Kolikšna je mikroekonomska učinkovitost izvajalcev zdravstvene dejavnosti danes dejansko ne vemo, ker izvajalci gospodarijo v okviru dogovorjenega/dodeljenega proračuna, ki je določen po proračunski logiki, ki ne dopušča fleksibilnosti v upravljanju in ne dovoljuje substitucije v programih in postopkih zdravljenja. Dodeljeni letni program je potrebno izvajati v obsegu in strukturi, ki sta pogodbeno dogovorjena in po tehnoloških postopkih, ki so vnaprej določeni.

Odstopanja od tega programa niso mogoča, kar izvajalce stimulira, da sredstva vedno porabijo v celoti, sicer bi bila izgubljena, ne glede na siceršnje možne prihranke, ki bi jih lahko pridobili z večjo fleksibilnostjo v vodenju in celo v tehnologiji postopkov. (Kranjec, 2009)

Tabela 4: Prihodki in odhodki po vrstah dejavnosti v bolnišnicah v obdobju od leta 2009 do leta 2013 (v %)

Bolnišnica Bolnišnica	CELOTNI PRIHODKI					CELOTNI ODHODKI				
	2013 % javne službe	2012 % javne službe	2011 % javne službe	2010 % javne službe	2009 % javne službe	2013 % javne službe	2012 % javne službe	2011 % javne službe	2010 % javne službe	2009 % javne službe
SB Brežice	97,94	97,61	97,26	96,62	96,39	97,94	97,61	97,26	96,62	96,39
SB Celje	96,14	96,13	96,45	98,62	98,95	96,30	96,32	96,46	98,62	98,95
CZBO Šentvid	95,73	95,21	94,18	93,09	93,37	95,71	95,20	94,13	93,09	93,37
SB Izola	97,43	97,56	97,50	98,13	97,92	97,43	97,56	97,00	98,19	97,91
SB Jesenice	98,80	98,80	98,52	98,69	99,05	98,83	98,82	98,54	98,72	99,08
OB Valdoltra	97,95	98,49	98,37	98,55	98,70	98,29	98,61	98,37	98,55	98,82
BGP Kranj	91,98	92,04	96,95	96,61	96,15	91,92	92,02	96,95	96,61	96,14
B Golnik	95,70	95,89	95,94	96,14	95,54	95,73	95,86	95,93	96,13	95,50
OI Ljubljana	97,16	97,23	97,47	96,92	99,43	97,81	97,81	98,58	98,06	99,47
UKC Ljubljana	97,08	97,28	97,15	97,41	99,30	97,37	97,45	97,37	97,55	99,30
URI	93,12	88,19	90,29	92,27	92,33	93,75	90,62	91,74	93,06	92,48
UKC Maribor	96,29	96,33	96,65	98,15	98,38	96,82	96,80	97,04	98,16	98,37
SB Murska Sobota	97,02	96,64	97,53	97,76	97,16	97,07	96,68	97,56	97,76	97,16
SB Novo mesto	96,86	97,67	97,55	97,25	97,79	96,94	97,80	97,57	97,26	97,78
B Postojna	94,07	94,66	97,20	97,25	96,93	96,17	96,84	98,38	98,53	98,36
SB Ptuj	98,21	98,07	98,26	97,00	97,57	98,38	98,12	98,33	97,00	97,57
B Sežana	98,93	98,64	98,73	98,38	98,13	98,93	98,64	98,73	98,38	98,13
SB Slovenj Gradec	97,19	97,84	98,02	97,96	97,69	97,19	97,84	98,02	97,96	97,69
SB Nova Gorica	97,83	93,94	93,71	99,29	99,11	97,83	93,94	93,71	99,28	99,12
B Topolšica	97,22	96,77	96,72	96,62	96,72	97,45	96,82	97,01	96,82	96,75
SB Trbovlje	97,81	97,39	99,18	99,27	99,31	97,81	97,39	99,30	99,27	99,31
SKUPAJ	96,89	96,78	96,95	97,60	98,52	97,19	97,05	97,20	97,76	98,54
Psihiatrična bolnišnica	CELOTNI PRIHODKI					CELOTNI ODHODKI				
	2013 % javne službe	2012 % javne službe	2011 % javne službe	2010 % javne službe	2009 % javne službe	2013 % javne službe	2012 % javne službe	2011 % javne službe	2010 % javne službe	2009 % javne službe
PB Idrija	96,93	97,17	97,68	97,95	98,15	96,93	97,17	97,68	97,95	98,15
PK Ljubljana	98,49	98,80	98,85	99,15	99,15	98,49	98,80	98,85	99,16	99,15
PB Ormož	97,17	97,58	97,75	97,83	98,07	97,17	97,58	97,75	97,80	98,06
PB Begunje	97,98	97,94	97,07	96,83	98,01	97,98	97,92	96,98	96,69	97,88
PB Vojnik	99,59	99,64	99,67	99,59	99,59	99,60	99,64	99,67	99,59	99,59
SKUPAJ	98,15	98,39	98,42	98,58	98,79	98,15	98,40	98,41	98,57	98,78
VSE BOLNIŠNICE SKUPAJ	96,94	96,85	97,01	97,65	98,53	97,23	97,10	97,25	97,80	98,55

Vir: MZ, Poročilo o poslovanju JZZ in JAZMP (2013)

Zdravstveni zavodi so sicer dolgo časa trdili in še trdijo, da se v zdravstvu ne da meriti rezultatov dela, da se sploh ne da meriti učinkovitosti v zdravstvu. Pri tem se nujno srečamo z definicijo učinkovitosti. Če učinkovitost zdravstva izražamo kot največjo možno

stopnjo zdravja prebivalstva, je vprašanje mikroekonomske učinkovitosti dejansko nepomembno. Ekonomsko pa se »največjo možno stopnjo zdravja« lahko dosega z različnimi kombinacijami inputov in za presojo ekonomske mikroučinkovitosti je smiselno analizirati alokacijske, tehnične in stroškovne vidike posameznega izvajalca. (Kranjec, 2009)

3.2.1 KAZALNIKI KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Kakovost je beseda, ki jo vedno pogosteje slišimo. O kakovosti govorijo v krogih zdravstvene politike, vodilni v zdravstvenih ustanovah, plačniki zdravstvenih storitev, zaposleni v zdravstvu in tudi bolniki oziroma potencialni bolniki. Politiki želijo ohraniti visoko stopnjo kakovosti sistema zdravstvenega varstva ob hkratnem obvladovanju stroškov, vodilni želijo izboljšati svoje poslovanje, zaposleni pa želijo izboljšati kakovost dela in hkrati pričakujejo, da bodo primerno nagrajeni. Tudi bolniki pričakujejo stalno dostopnost zdravstvenih storitev ob čim manjši lastni udeležbi. Hkrati bolniki pričakujejo, da bodo aktivno vključeni v proces zdravljenja, od zaposlenih pa pričakujejo prijaznost, toplino in razumevanje. V izboljševanje kakovosti se mora vključiti vse udeležence zdravstvene oskrbe, tudi potencialne. (Mravljak v Kersnik, 2009)

Cilj izboljševanja kakovosti v zdravstvu ni samo doseganje standardov kakovosti in tudi ne samo krepitev zadovoljstva uporabnikov ali zviševanja produktivnosti ter učinkovitosti. Zadovoljstvo bolnikov je lahko eden izmed kazalnikov kakovosti zdravstvene oskrbe. Sodobna teorija in praksa dokazujeta, da je ta cilj celovita kakovost – TQ (Total Quality), sistem za uresničevanje le-te pa celovit management kakovosti –TQM (Total Quality Management). Osnovni namen TQM je izboljšati učinkovitost in finančno uspešnost ustanove. Zadovoljstvo bolnikov predstavlja vedno pomembnejše področje raziskav in je sestavina kakovosti oskrbe. Zadovoljstvo bolnikov je sistematično zbrano in izmerjeno mnenje bolnikov o njihovi izkušnji z zdravstveno oskrbo, postopkom, izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva. (Mravljak v Kersnik, 2009)

3.2.2 UČINKOVITOST IN KAKOVOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

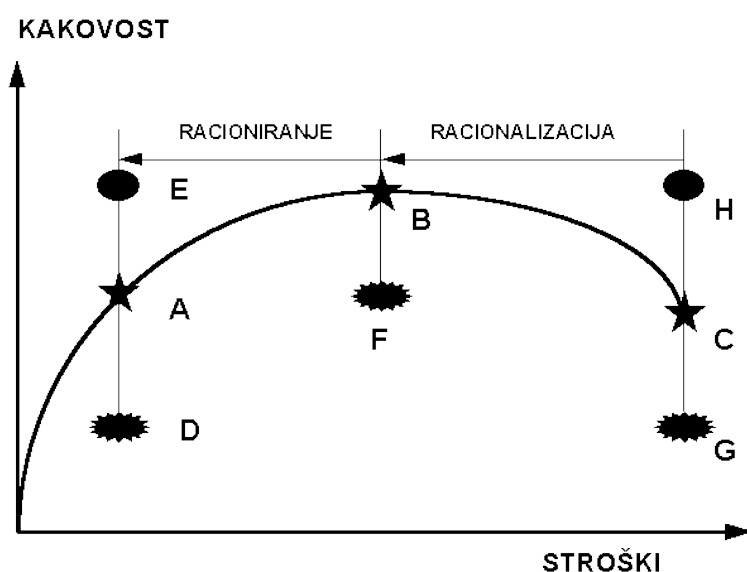
Zdravstvena oskrba je zaradi vedno večjih možnosti in velike učinkovitosti različnih postopkov postala tako draga, da si je tudi najbogatejše države ne morejo privoščiti v neomejenem obsegu. Zdravstveno varstvo kot organizacijsko normativni sistem, ki skrbi za politično-gospodarske temelje, na katerih gradi zdravstvena oskrba, je v zadnjem času doživelo spremembe. Vsi skupaj občutimo pritiske omejenih sredstev zaradi relativno in absolutno nizkega deleža prispevkov, namenjenih za izvajanje zdravstvenega varstva. Vendar so sredstva, ki se zbirajo preko javnih financ, vedno končno omejena in ne morejo zagotavljati celotnega pokrivanja potreb dragega zdravstvenega varstva. Iz izkušnje so nam znani različni ukrepi pri financiranju izvajanja zdravstvenega varstva, s katerimi naj bi pocenili njegovo izvajanje. Z omejitvami nikoli ne morejo biti vsi zadovoljni. (Kersnik, 1998, str. 3)

Uspešnosti sistema zdravstvenega varstva zagotovo ne moremo meriti samo s finančno učinkovitostjo ali samo z učinkovitostjo zdravstvene službe. Kadar želimo govoriti o uspešnosti sistema zdravstvenega varstva, moramo vedno upoštevati doseženo učinkovitost posameznih podsistemov (predvsem zdravstvene službe) v primerjavi z razpoložljivimi viri (delež bruto narodnega dohodka, kadri, materialni pogoji). Med merili učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva poznamo predvsem kazalce vitalne statistike, kot so umrljivost, zbolewnost. Zdravstvena politika države v politiki skrbi za ravnotežje med prevladujočim ekonomskim interesom gospodarskih subjektov v državi in deklarirano pravičnostjo v zdravju svojih državljanov. Njen ugled in moč znotraj sistema zdravstvenega varstva odločata, ali bo prevladujoči vzorec zdravstvene politike naravnan bolj v liberalistično ali socialnodemokratsko smer. Zdravstvena politika ima zato odločilno vlogo pri oblikovanju ustreznih pogojev kakovosti celotnega sistema zdravstvenega varstva in s tem tudi kakovosti konkretne zdravstvene oskrbe državljanov. S primernim sistemom kakovosti namreč zagotovi, da se za razpoložljiva sredstva uporabljajo predvsem učinkovite zdravstvene storitve. Pri tem mora doseči soglasje med plačniki in izvajalci znotraj sistema zdravstvenega varstva in soglasje javnosti izven njega.

Zaradi drugačne zasnove poslovanja se doslej pri nas nismo srečevali z ekonomsko uspešnostjo zdravstvenih organizacij in zasebnikov. Slej ko prej pa se bomo srečali z istimi vprašanji kot v ZDA in večjem delu Evrope. Zaradi različnih postavk pri plačevanju storitev zdravstvene oskrbe so v vsakem sistemu plačevanja vedno možnosti ali opuščanja ali pretirane rabe ali zlorabe plačljivih in neplačljivih storitev. Zato je ključnega pomena vsakega sistema zdravstvenega varstva ne samo, da nadzoruje porabo javnih sredstev, ampak tudi, da preko različnih mehanizmov skuša zagotoviti, da se tako imenovani zdravstveni denar porablja racionalno in da se hkrati ne odstopa od sodobnih smernic zdravstvene oskrbe. Zavedati se moramo, da dražje ni vedno boljše in tudi cenejše ne vedno slabše.

Z omejevanjem sredstev – racioniranjem, se lahko močno okrne kakovost oskrbe, vendar pa večanje sredstev preko določene meje prav tako ne prispeva več nujno k dvigu kakovosti. Pri večji porabi sredstev se lahko zgodi, da pride do take oskrbe (pretirane rabe z več, tudi iatrogenimi, škodljivostmi, večjo tesnobo uporabnikov in večjimi stroški), ki ne prinaša koristi. S tem se kljub večjim stroškom raven kakovosti niža. (Kersnik, 1998, str. 3–4)

Slika 3: Prikaz odnosa med kakovostjo in stroški oskrbe



Vir: Kersnik, Kakovost v splošni medicini (1998)

Če za oskrbo namenimo premalo sredstev (točka A), ne moremo doseči zaželene kakovosti (točka E), ki jo lahko dosežemo z uporabo večjih virov (točka B). Pri porabi sredstev preko določene meje večanje stroškov ne prispeva k izboljšanju kakovosti, temveč lahko celo povzroči poslabšanje kakovosti (iatrogeni učinki, nepotrebna oskrba, stranski učinki nepotrebnih zdravil itd.) (točka C). Zaželeno raven kakovosti (točka H) je mogoče doseči le ob dodatnih naporih in še večji porabi virov. Točke D, F in G predstavljajo nezaželeno raven kakovosti. Vsakdanja zdravstvena oskrba se neprestano giba nekje med zaželeno ravniyo kakovosti (točke E, B, H) in nezaželeno ravniyo (točke D, F, G). Z racionalizacijo lahko kljub manjšim stroškom dosežemo enako želeno raven kakovosti (točka B), kot bi jo drugače ob večjih stroških (točka H). Z nadaljnjim zmanjševanjem stroškov (racioniranjem) se raven kakovosti oskrbe začne zmanjševati. (Kersnik, 1998, str. 5)

3.2.3 STANJE SLOVENSКИH BOLNIŠNIC

Slovenske bolnišnice so 100-odstotno v državni lasti, imajo nizko stopnjo avtonomije upravljanja, niso imune pred vplivom politikov, sindikati imajo velik vpliv nanje, so stroškovno in poslovno slabo učinkovite in neinovativne, njihov plačni sistem pa je nivojska uravnilovka z malo spodbud.

V nadaljevanju povzemam podatke o finančnem primanjkljaju v slovenskih bolnišnicah.

Tabela 5: Najvišji primanjkljaji bolnišnic v Sloveniji v obdobju I–VI 2013

UKC LJUBLJANA	-5.849,680 EUR
SB IZOLA	-676.691 EUR
SB SLOVENJ GRADEC	-547.064 EUR
SB JESENICE	-518.799 EUR

SB BREŽICE	-427.291 EUR
SB PTUJ	-424.757 EUR
SB CELJE	-411.331 EUR

Vir: MZ, Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP (2013)

Tabela 6: Najvišji delež primanjkljaja v celotnih prihodkih

SB SEŽANA	-291.100 EUR, kar predstavlja 9,48 % celotnih prihodkov
PB VOJNIK	-250.263 EUR, kar predstavlja 9,45% celotnih prihodkov
SB BREŽICE	-427.291 EUR, kar predstavlja 6,14 % celotnih prihodkov
SB TRBOVLJE	-272.237 EUR, kar predstavlja 3,81 % celotnih prihodkov
SB PTUJ	-424.757 EUR, kar predstavlja 3,93 % celotnih prihodkov
SB IZOLA	-676.691 EUR, kar predstavlja 3,57 % celotnih prihodkov
PB ORMOŽ	-88.685 EUR, kar predstavlja 3,51 % celotnih prihodkov,
SB JESENICE	-518.799 EUR, kar predstavlja 3,36 % celotnih prihodkov
PB IDRIJA	-125.157 EUR, kar predstavlja 3,28 % celotnih prihodkov
B TOPOLŠČICA	-152.715 EUR, kar predstavlja 3,22 % celotnih prihodkov

Vir: MZ, Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP (2013)

V posameznih bolnišnicah se je poslovni rezultat izrazito poslabšal, kar izkazuje delež primanjkljaja v celotnih prihodkih. Najvišje deleže primanjkljaja v poslovanju so izkazale bolnišnice Sežana, Vojnik, Brežice, Trbovlje, Ptuj, Izola, Jesenice.

Prihodki bolnišnic so se v 1. polletju 2013 v povprečju znižali za 4,84 %. Velik padec prihodkov naj bi bila posledica znižanja cen zdravstvenih storitev za 3 % s 1. 5. 2012 in ponovnega znižanja cen zdravstvenih storitev s 1. 1. 2013 še za 3 %.

Bolnišnice so se v tem času prilagodile nižjim prihodkom, kar odražajo podatki o znižanju odhodkov. V povprečju so odhodki bolnišnic glede na primerljivo obdobje (izračunano kot 50 % realizacije leta 2012) nižji za 4,28 %. Stroški blaga, materiala in storitev so se znižali za 4,09 %, stroški dela za 2,61 %, stroški amortizacije za 23,27 % in preostali odhodki za 17,46 %. Najvišji padec odhodkov je razviden v SB Nova Gorica (za 7,78 %), UKC Maribor (za 5,68 %) in SB Novo mesto (za 5,32 %) ter v psihiatričnih bolnišnicah (v povprečju za 5,28 %). (MZ, Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP, 2013)

Zadolževanje bolnišnic v okviru sistema enotnega upravljanja s prostimi denarnimi sredstvi pri Ministrstvu za finance

Likvidnostna situacija se je v javnih bolnišnicah v letih 2012 in 2013 zaostrovala, tako zaradi nižanja cen zdravstvenih storitev kot tudi zaradi spremenjene dinamike plačil s strani ZZSZ. ZZSZ je že v decembru 2012 zadržal del plačil za tekoče leto in jih prenesel v leto 2013, in sicer v skupnem znesku 63.975.638 EUR, od tega se 41.691.772 EUR nanaša na zdravstvene storitve (od tega 25.795.674 EUR za bolnišnično dejavnost). Tudi v letu 2013 je ZZSZ prenesel del obveznosti iz leta 2013 v leto 2014, in sicer na podlagi določil Splošnega dogovora za leto 2013, ki so uveljavila postopen zamik akontacij za bolnišnično dejavnost v višini 49,2 mio EUR iz decembra 2013 v januar 2014.

V mesecu oktobru 2013 so javne bolnišnice pridobile prva likvidnostna posojila iz državne zakladnice za poplačilo najnujnejših zapadlih obveznosti do dobaviteljev. Posojila v skupni višini 5,355 mio EUR so bila odobrena 8 bolnišnicam (Murska Sobota, Slovenj Gradec, Izola, Jesenice, Ptuj, Sežana, Topolšica, Novo mesto), predviden datum vračila posojil je bil 29. 11. 2013. V novembru 2013 so bila posojila obnovljena in reprogramirana v višini 6,374 mio EUR s podaljšanim datumom plačila 28. 2. 2014. V februarju 2014 je Ministrstvo za finance omenjenim bolnišnicam posojila v višini 6,355 mio EUR podaljšalo do 30. 5. 2014. Nekatere bolnišnice pri državni zakladnici najemajo tudi likvidnostna posojila, ki jim omogočajo izplačilo plač (prvi obrok mesečne akontacije, ki predstavlja 50 % vseh mesečnih nakazil s strani ZZSZ, ponekod ne zadošča za pokrivanja izplačila plač), vendar pa imajo ta posojila kratek rok vračila (le nekaj dni oz. do prejema druge akontacije s strani ZZSZ). Ministrstvo za zdravje mesečno spremlja podatke, ki se nanašajo na realizacijo sanacijskega programa, stanje zapadlih obveznosti do dobaviteljev in do obveznosti do uporabnikov enotnega kontnega načrta ter morebitne izvršbe s strani dobaviteljev.

Iz posredovanih podatkov o zapadlih obveznostih je razvidno, da so med posameznimi bolnišnicami velike razlike. Bolnišnica Sežana je dan 31. 12. 2013 med zapadlimi obveznostnimi izkazovala 3,78 % celotnih prihodkov leta 2013, Bolnišnica Topolšica 20,92 %, SB Izola pa 22,79 %. Prav tako so velike razlike ob primerjavi strukture zapadlih obveznosti: SB Jesenice je na dan 31. 12. 2013 izkazovala med vsemi zapadlimi obveznostmi 23,01 % zapadlih obveznosti do dobaviteljev, Bolnišnica Sežana pa 97,91 %. Nekatere bolnišnice so likvidnosti tok preusmerile v poplačilo zapadlih obveznosti do dobaviteljev, zato se ponekod tudi povečuje delež zapadlih obveznosti do uporabnikov enotnega kontnega načrta. (MZ, Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP, 2013)

3.2.4 ORGANIZACIJA IN DELOVANJE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

Glede organiziranosti in delovanja zdravstvene službe v Sloveniji obstajajo problemi na različnih ravneh. Izvajalci zdravstvenih storitev strukturno in organizacijsko še naprej izvajajo zdravstvene programe v zastarelo oblikovanih zdravstvenih zavodih in pri zasebnih koncesionarjih, ki pa jih je v Sloveniji približno 30 %.

Zaradi omejevanja delovanja samega sistema, predvsem tega dela koncesionarjev, obstajajo neenake možnosti in tudi privilegiji posameznikov pri obravnavi posameznih storitev.

Niso opredeljene nekatere odgovornosti, predvsem pa niso opredeljene odgovornosti do bolnika v celotnem procesu zdravljenja, od vstopa v sistem pa kasneje v samem procesu zdravljenja. Manjkajo spodbude na več ravneh, in sicer za delo zdravnikov, spodbude za delo zdravstvenega osebja glede na njihov prispevek za doseganje večje učinkovitosti in kakovosti.

V procesih upravljanja in poslovanja zdravstvenega varstva moramo sprejeti in spoštovati osnovna pravila ekonomskega ravnanja, vnesti zasebno pobudo ter prvine učinkovitosti porabe človeških, materialnih in finančnih virov ter tekmovalnosti in odgovornosti za poslovni uspeh. Ob tem pa je potrebno ohraniti javni zdravstveni interes: *»Čim boljše zdravstveno varstvo vseh ljudi kljub omejenim razpoložljivim virom«.*

Obstajajo različne kombinacije javnega in zasebnega izvajanja in financiranja zdravstvenih storitev, kot je prikazano v spodnji tabeli. (Bručan, 2005)

Tabela 7: Javno in zasebno izvajanje in financiranje zdravstvenih storitev

	Mreža javne zdravstvene službe				Čisti zasebni
	Javni zdravstveni zavodi		Koncesionarji		Zdravstveni delavci
Program	javni	zasebni	javni	Zasebni	zasebni
	OZZ1*	zdravstveni trg2*	OZZ	zdravstveni trg	zdravstveni trg
Izvajanje	javno	javno	zasebno	Zasebno	zasebno
Financiranje	javno	zasebno	javno	Zasebno	zasebno

*1 - obvezno zdravstveno zavarovanje

*2 - prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila

Vir: Bručan (2005)

Prenos opravljanja javnih služb iz javnega v zasebni sektor povzroča razpršitev dejavnosti. To oteži izvajanje nadzora države. Prav dobro nadzorovani odnosi med zasebnimi izvajalci in javnimi plačniki pa so pomemben dejavnik obvladovanja stroškov javnih socialnih programov. Javni sektor namreč želi zagotoviti vsem ljudem dogovorjeni obseg in ustrezno kakovost javnih storitev v skladu z zakonitimi pravicami ljudi in razpoložljivimi finančnimi viri (pravična porazdelitev blaginje). Zasebnega izvajalca pa skrbi predvsem poslovni uspeh, neodvisnost in hiter razvoj.

V Sloveniji smo na privatizirano zdravstveno varstvo slabo pripravljeni. Organiziramo mešani javno-zasebni sistem zdravstvenega varstva, v katerem sicer vsi prisegamo na iste cilje, poti do njih pa pogosto izkrivljamo z lastnimi interesi. Zato bi bilo potrebno poiskati nova politična, strokovna in ekonomska merila za razvoj "mešanega" zdravstvenega varstva glede na sedanje družbene vrednote. Preko prehodnih vzorcev za spreminjanje sedanjega stanja in doseganje novih ciljev pa se je nujno usmeriti v gospodarno porabo objektivno omejenih virov za ohranitev dosežene ravni socialne varnosti ljudi in še sprejemljive višine javnih socialnih izdatkov. Prav v teh prizadevanjih nam lahko pomaga privatizacija. (Bručan, 2005)

Privatizacijo lahko definiramo kot opravljanje dela in/ali financiranje oz. lastništvo materialnih zmogljivosti (infrastruktura). Pri obeh definicijah pa se lahko pričakuje predvsem obvladovanje stroškov, prilagodljivost, ustvarjalnost, poslovnost, odgovornost, predanost, dvig celovite kakovosti in učinkovito obvladovanje stroškov. Kot rezultat pa je lahko vprašljiva pravičnejša dostopnost do kakovostne oskrbe, nevarnost (pre)hitrega naraščanja izdatkov za zdravstveno varstvo in da bi zasebni monopol lahko celo nadomestil javnega. Optimalni cilj privatizacije je, da javni in zasebni sektor zagotavljata učinkovito porabo javnih, zasebnih človeških in materialnih virov za zdravstveno varstvo. (Bručan, 2005)

Slovenija se bo morala s svojim mešanim sistemom odločiti, ali se bo bolj približevala zahodnoevropskemu ali pa skandinavskemu konceptu izvajanja zdravstvenih storitev. Pomembna predpostavka v ureditvi razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu je določitev in obnavljanje mreže javne zdravstvene službe z določitvijo normativov in meril. Zaradi velikih razlik med posameznimi regijami je v skladu s splošnimi smernicami EU možen regionalni pristop. V začetku je potrebno povečevanje ambulantnega dela. Poleg števila prebivalcev, ki ne more biti edino merilo, so pomembne še geografske značilnosti terena ter epidemiološka slika. Potrebna je razbremenitev bolnišničnega zdravstvenega varstva s povečanjem specialistov na primarni ravni. Rešitve so širitev kakovosti storitev ob rasti povpraševanja ter spodbujanje zdrave konkurence in tekmovalnosti. Ustvariti je potrebno enakost pogojev za vse izvajalce kot tudi dostopnost uporabnikov, tudi v povezavi z omogočanjem prostovoljnih zavarovanj. Pri urejanju razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu je pomembno postopno nadgrajevati sistem. (Bručan, 2005)

3.2.5 ZDRAVSTVENI ZAVODI IN PODROČNA ZAKONODAJA

Področje, ki je potrebno korenitih sprememb z vidika zdravstvene dejavnosti, je med drugim tudi upravljanje, nadzor ter raven avtonomnosti javnih zdravstvenih zavodov. Zastarel Zakon o zavodih, ki še vedno velja za zdravstvene zavode, dovoljuje nejasnosti v pristojnostih, odgovornostih in obveznostih med ustanovitelji, sveti zavodov in njihovimi vodstvi, prav tako pa (med drugim tudi zaradi sistema plač v javnem sektorju) ne omogoča optimalne poslovne politike javnih zdravstvenih zavodov.

Avtonomnost javnih zdravstvenih zavodov naj bi bila ključna za izboljšanje sistema vodenja, upravljanja in nadzora zavodov, saj vzpostavlja konkurenco na trgu zdravstvenih storitev in posledično večja kakovost zdravstvene dejavnosti ter optimizacijo poslovanja javnih zdravstvenih zavodov.

Snovalci zdravstvene politike opažajo tudi, da do sedaj v javnih zdravstvenih zavodih ni bila prisotna potrebna odgovornost za poslovanje in razvoj zavoda skladno s finančnimi in ekonomskimi zmožnostmi ter potrebami prebivalstva, temveč so bila vodila velikokrat usmerjana interesno, cehovsko ter politično. Problematika izvira predvsem iz institucionalne in statusno pravne ureditve javnih zdravstvenih zavodov kot podaljšane roke države, pri čemer bi višja stopnja avtonomnosti delovanja javnih zavodov in približanja javnim podjetjem bistveno pripomogla k ureditvi pereče problematike ter predstavljala rešitev na področju anomalij delovanja javnih zdravstvenih zavodov.

Po mnenju snovalcev nadgradnje zdravstvenega sistema bo nujno potrebno povečati avtonomijo javnih zdravstvenih zavodov. Brez avtonomije zavodov ni mogoče pričakovati izboljšav pri upravljanju in poslovanju javnih zavodov. Zamisel je, da bi se omogočilo zavodom avtonomno in odgovorno razpolaganje s premoženjem ter optimizacijo in racionalizacijo na področju kadrovske politike (kot npr. izločitev delavcev iz sistema plač v javnem sektorju, približanje JZZ obliki javnih podjetij s popolnimi pristojnostmi in odgovornostmi). (NZS, 2010)

V preteklosti je bilo že nekaj poskusov nadomestitve Zakona o zavodih, in sicer je bil predlagan Zakon o izvajanju dejavnosti splošnega pomena, ki pa na koncu ni dobil zadostne podpore javnosti.

3.2.6 ZDRAVSTVENI DOMOVI KOT KOORDINATORJI MED JAVNIMI IN ZASEBNIMI IZVAJALCI

Če upoštevamo naloge, ki izhajajo iz ciljev prednostnih nalog v primarnem zdravstvenem varstvu, pri čemer eksperti zdravstvenega menedžmenta ocenjujejo, da bo v prihodnosti primarna raven zagotavljala 95 % potreb populacije po zdravstvenih storitvah, je edini logični zaključek, da ostajajo zdravstveni domovi temeljni nosilci osnovne zdravstvene dejavnosti ter prevzamejo vlogo koordinatorja med posameznimi ravni zdravstvenega varstva, med javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenega varstva ter med zdravstvenimi in ostalimi sektorji. (Židanik, 2005)

Nedvomne prednosti zdravstvenih domov so glede na zasebne izvajalce v tem, da:

- zagotavljajo enako dostopnost za vse zavarovance oz. socialne skupine,
- imajo vse dejavnosti, vključno z diagnostičnimi metodami, organizirane in dostopne na enem mestu,
- imajo dispanzerske metode dela, ki združujejo preventivo, kurativo in socialno medicino,
- opravljajo celovito preventivno dejavnost,
- zagotavljajo neprekinjeno zdravstveno varstvo,
- zagotavljajo boljše pogoje za laboratorijsko diagnostiko,
- so učna baza do- in podiplomskega izobraževanja,
- opravljajo znanstvenoraziskovalno dejavnost,
- omogočajo timsko delo različnih strokovnjakov,
- z nadomestnimi zaposlitvami ohranjajo oz. izboljšujejo ustrezno strokovno strukturo zdravstvenega kadra,
- zagotavljajo stabilnost delovanja javne mreže,
- na opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti imajo neposreden vpliv zavarovanci prek svetov zavoda,
- so nosilci obrambnih priprav oz. izvajanja ukrepov v primeru množičnih nesreč in izrednih stanj. (Židanik, 2005)

Dokaz za takšne usmeritve so tudi izsledki londonskega inštituta Economist Inteligents Unit (EIU), ki je Slovenijo med 35 evropskimi državami v letu 1998 uvrstil na zavidljivo 7. mesto na področju zdravstvenega stanja populacije ob dejstvu, da bruto družbeni proizvod in poraba na glavo prebivalca takega mesta zanesljivo ne opravičujeta. Nedvomno ima organiziranost zdravstvenega varstva, ki na primarni ravni še vedno sloni na plečih zdravstvenih domov, pomembno vlogo.

Mogoče bi se bilo potrebno vprašati, ali bi bil ob izenačenem načinu poslovanja in posledično manjšem dobičku še vedno interes kolegov po zasebni praksi, ali ne bi bilo

mogoče bolje iskati rešitve v fleksibilnejšem nagrajevanju v javnih zavodih. Pri tem bi zadržali uravnotežen mešan sistem in možnost konkurenčne izbire.

In še citat nemškega pisca Johana G. Seumeja: "Država bi morala skrbeti predvsem za revne. Bogati, žal, še preveč skrbijo zase." (Židanik, 2005)

3.2.7 ZASEBNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST IN KONCESIJE

Sedanji zakon omogoča opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti in v zvezi s tem predpisuje določene pogoje. Med temi je že bilo doslej določilo, da zasebnik ne sme biti v delovnem razmerju, s čimer je predvidel ločitev javne in zasebne zdravstvene dejavnosti. Vseboval je tudi določila, katere dejavnosti je dovoljeno opravljati izključno kot javno dejavnost. (PZZdej, 2010)

Zakon omogoča, da tudi zasebniki lahko opravljajo javno zdravstveno dejavnost, če pridobijo javno pooblastilo – koncesijo. Položaj koncesionarjev v javni mreži je izenačen s položajem javnih zdravstvenih zavodov, vendar so zakonska določila o podeljevanju koncesij precej nedorečena. Glede na pomanjkanje izkušenj s podeljevanjem koncesij v lokalnih skupnosti, ohlapno zakonsko ureditev in odsotnost meril za določitev mreže javne zdravstvene dejavnosti, je podeljevanje koncesij potekalo precej nesistematično in nenadzorovano. Namesto da bi bile v ospredju potrebe prebivalcev in širši javni interesi, je podeljevanje koncesij potekalo predvsem po željah in interesih posameznih zdravstvenih delavcev oziroma okolij. Na primarni ravni so imele lokalne skupnosti svoje poglede in politiko podeljevanja koncesij, tako da ni mogoče govoriti o enotnem sistemu in strategiji razvoja tega dela zdravstvene dejavnosti v državi. Koncesijske pogodbe v številnih primerih niso določale sodelovanje koncesionarja v skupnih dejavnostih zdravstvenega doma, kot so zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva (dežurstva), zagotavljanje nujne medicinske pomoči, nadomeščanje v času bolezni in dopustov in sodelovanje v timskih dejavnostih zavoda, kot na primer skupinske oblike preventive dejavnosti ter izrabo pogodbeno določenega časa, izključno za potrebe javne zdravstvene dejavnosti. Zdravstveni delavci so v mnogih primerih odšli iz javnih zdravstvenih zavodov, tem pa pustili del skupnih delovnih in finančnih obveznosti. Enako velika pomanjkljivost in slaba izkušnja v zvezi s koncesijami je dejstvo, da dela koncesionarjev z izjemo ZZZS ni nihče nadzoroval, zaradi česar je prihajalo do mešanja javne in zasebne dejavnosti in interesov in to pretežno v škodo javne zdravstvene dejavnosti. Ti problemi so v javnosti sprožili plaz nezadovoljstva in zahtev po spremembah na tem področju. (PZZdej, 2010)

Nezadosten nadzor je kljub zakonskim omejitvam omogočil pojav določenih oblik privatizacije tudi v javnih zdravstvenih zavodih. To so samoplačniške ambulate, ki opravljajo zdravstvene storitve za samoplačnike in to v času in z zmogljivostmi, ki bi na podlagi pogodb z ZZZS morale biti namenjene izključno izvajanju javne zdravstvene dejavnosti. Pri tem se neredko izrabljajo javna sredstva (kadri, oprema, sredstva za zdravljenje) za zasebne zaslužke. Drug tak pojav je ustanavljanje samostojnih podjetij s strani zdravstvenih delavcev, ki so sicer v delovnem razmerju z javnimi zavodi za polni delovni čas. Pri teh gre za izogibanje predpisom, ki urejajo delovna razmerja o dovoljenem delu izven rednega delovnega časa ter zakona o zdravstveni dejavnosti in

zdravniški službi, ki zaradi varnosti pacientov določa obvezni dnevni in tedenski počitek zdravstvenih delavcev. Prav pomanjkljiva pravna razmejitev javne in zasebne dejavnosti, ki jo izvajajo javni zdravstveni zavodi in koncesionarji, je ena od največjih pomanjkljivosti v veljavni ureditvi področja zdravstvene dejavnosti. Dogaja se, da isti izvajalec ob različnem času dela v javni in zasebni zdravstveni dejavnosti, in da ob istem času in na istem mestu opravlja javne in zasebne zdravstvene storitve, državljani pa lahko prehaja iz javnega v zasebno zdravstveno varstvo in nazaj. Posledica je nepreglednost financiranja, ki izvajalcem omogoča dvojno zaračunavanje storitev in ponudbo nepotrebnih storitev, pacientom pa kupovanje krajšega čakanja na določeno storitev in boljše pogoje obravnave. Obstoječe stanje zmanjšuje zaupanje prebivalstva v javni zdravstveni sistem, ruši načela solidarnosti in pravičnosti ter dovoljuje neupravičeno prelivanje javnih sredstev v zasebne zaslužke. Na tem področju tudi inšpekcijske službe niso zadovoljivo odigrale svoje vloge. (PZZdej, 2010)

3.3 ČAKALNE DOBE

Glavni razlog za ureditev čakalnih dob je odnos do ljudi in kakovost storitev. Urediti je treba dostopnost do zdravstvenih storitev v javni mreži za državljane oz. zavarovane osebe. Urejanje čakalnih dob bi morala biti prioriteta države. Čakalni seznam morajo biti sodobno administrativno urejeni pri vseh izvajalcih. Zagotoviti morajo ažurne in pravilne informacije o čakalnih dobah za zavarovane osebe, ki so sestavni del kakovostne zdravstvene storitve. Sklenjene morajo biti tudi pogodbe izvajalcev z ZZS. (Posvet o spremljanju čakalnih dob, 2012)

Pravne podlage za spremljanje čakalnih dob so Zakon o pacientovih pravicah (Ur. list RS, št. 15/2008), Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu, Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Ur. list RS, št. 63/2010), Splošni dogovor za pogodbeno leto 2012 in Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2012.

Vlada RS je na svoji redni seji 27. junija 2012 sprejela Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012. Aneks prinaša nekaj pomembnih novosti na področju spremljanja čakalnih dob.

Obveznost spremljanja čakalnih seznamov ter poročanja o čakalnih dobah je določena v Zakonu o pacientovih pravicah (Ur. list RS št. 15/2008) ter v njegovem podzakonskem aktu Pravilniku o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. Seznam storitev, za katere je potrebno poročati na nacionalni ravni, je določen v okviru Splošnega dogovora in je bil z Aneksom št. 1 spremenjen, predvsem dopolnjen in razširjen. O čakalnih dobah je na podlagi novega seznama potrebno poročati s 1. 9. 2012 dalje.

Najdaljša dopustna čakalna doba za posamezno zdravstveno storitev je določena glede na stopnjo nujnosti (nujno, hitro in redno) zdravstvene storitve ob upoštevanju zdravstvenega stanja pacienta.

Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »nujno«, se izvede takoj, vendar najpozneje v 24 urah in ni predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »hitro«, se izvede najpozneje v treh mesecih, in pa zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »redno«, se izvede najpozneje v šestih mesecih.

Ne glede na predhodno navedeni rok pa najdaljša dopustna čakalna doba znaša:

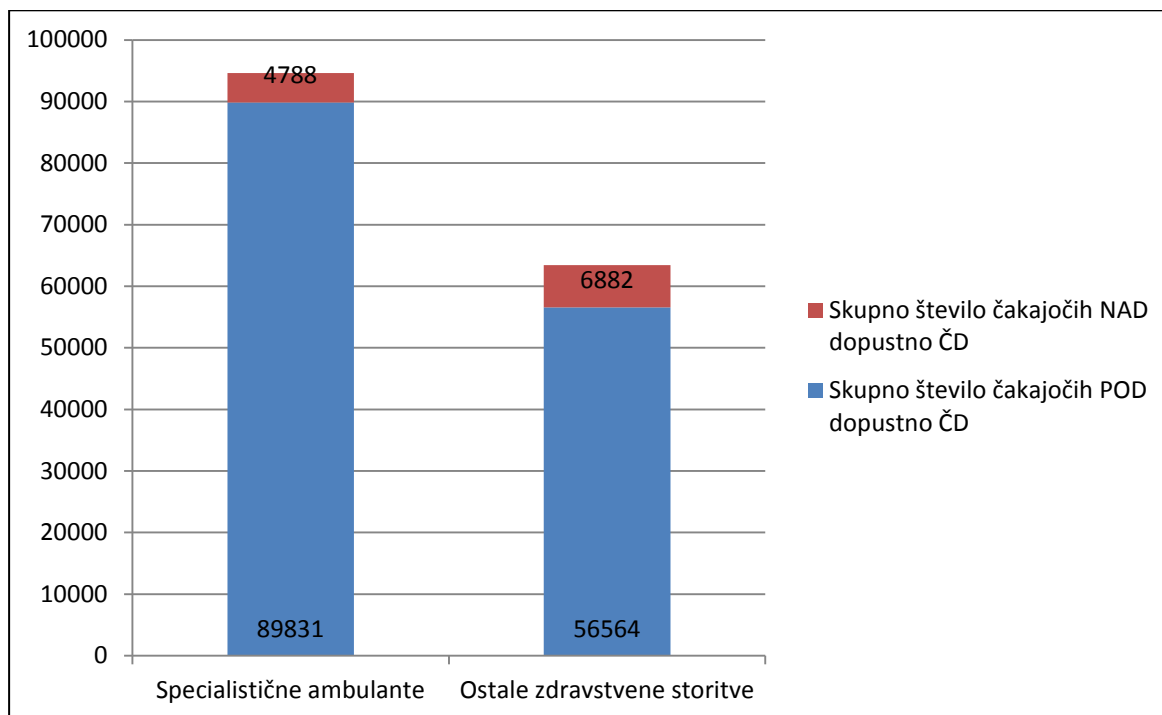
- pri malignih obolenjih 1 mesec,
- pri ortopedskih operativnih posegih 12 mesecev,
- za izdelavo protetičnih nadomestkov po končni sanaciji zobovja 12 mesecev,
- za ortodontsko zdravljenje, ki je označeno s stopnjo nujnosti "hitro" 12 mesecev in "redno" 18 mesecev. (PNDČD, 3. člen)

Seznam storitev, za katere je potrebno poročati na nacionalni ravni, je določen v okviru Splošnega dogovora. Mesečno poročilo tako vsebuje statističen pregled čakalnih dob in števila čakajočih v skladu z novim seznamom zdravstvenih storitev, ki je prišel v veljavo 1. septembra 2012. Seznam je nastal z usklajevanjem nabora storitev Inštituta za varovanje zdravja ter Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (PNDČD, 3. člen)

3.3.1 STANJE ČAKALNIH DOB V SLOVENIJI NA DAN 1. 4. 2013

Na dan 1. 4. 2013 je v 13 izbranih specialističnih ambulantah na 1. pregled čakalo 94.619 pacientov, od tega jih je nad dopustno mejo čakalo 4.788, kar predstavlja 5,3 % od vseh čakajočih na ambulantni pregled. Na drugi strani je na 47 izbranih zdravstvenih storitev čakalo 63.446 pacientov, od tega jih je nad dopustno mejo čakalo 6.882, kar predstavlja 12,2 % od vseh čakajočih na storitveni pregled. (IVZ, 2013)

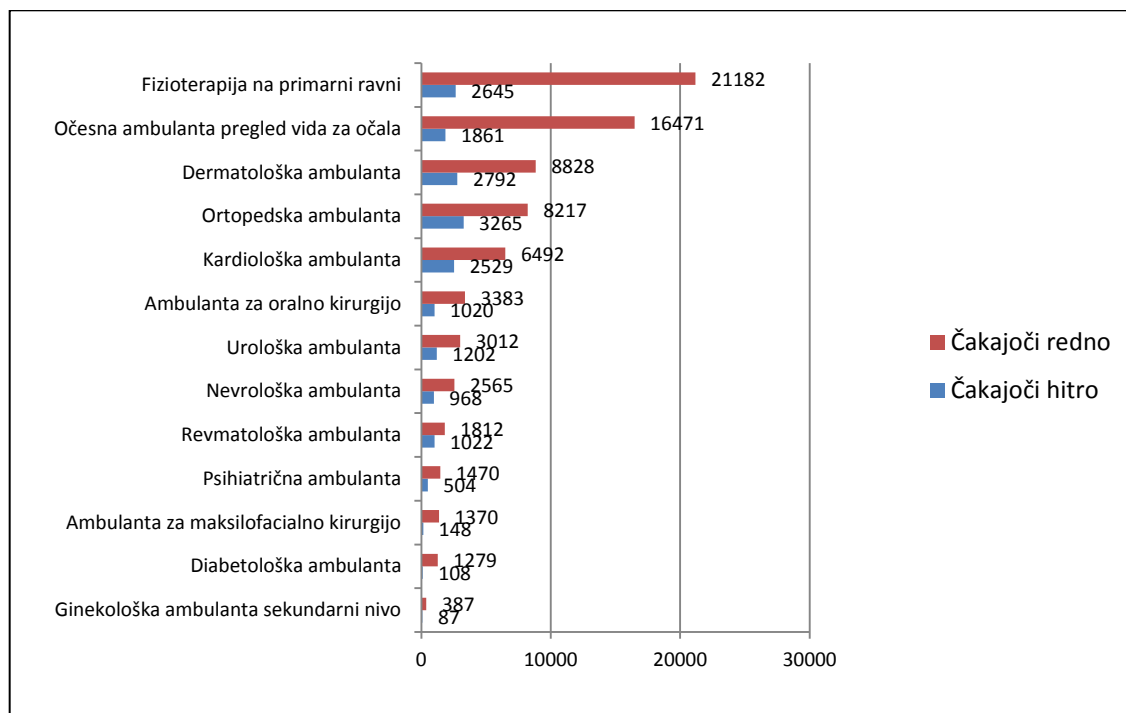
Graf 3: Čakajoči nad in pod dopustno čakalno dobo ter delež čakajočih nad dopustno ČD v primerjavi med ambulantami in storitvami



Vir: IVZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo (2013)

V nadaljevanju so povzete povprečne čakalne dobe v tekočem mesecu na ravni specialističnih ambulant.

Graf 4: Število čakajočih v mesecu aprilu 2013 za obe stopnji nujnosti po specialističnih ambulantah

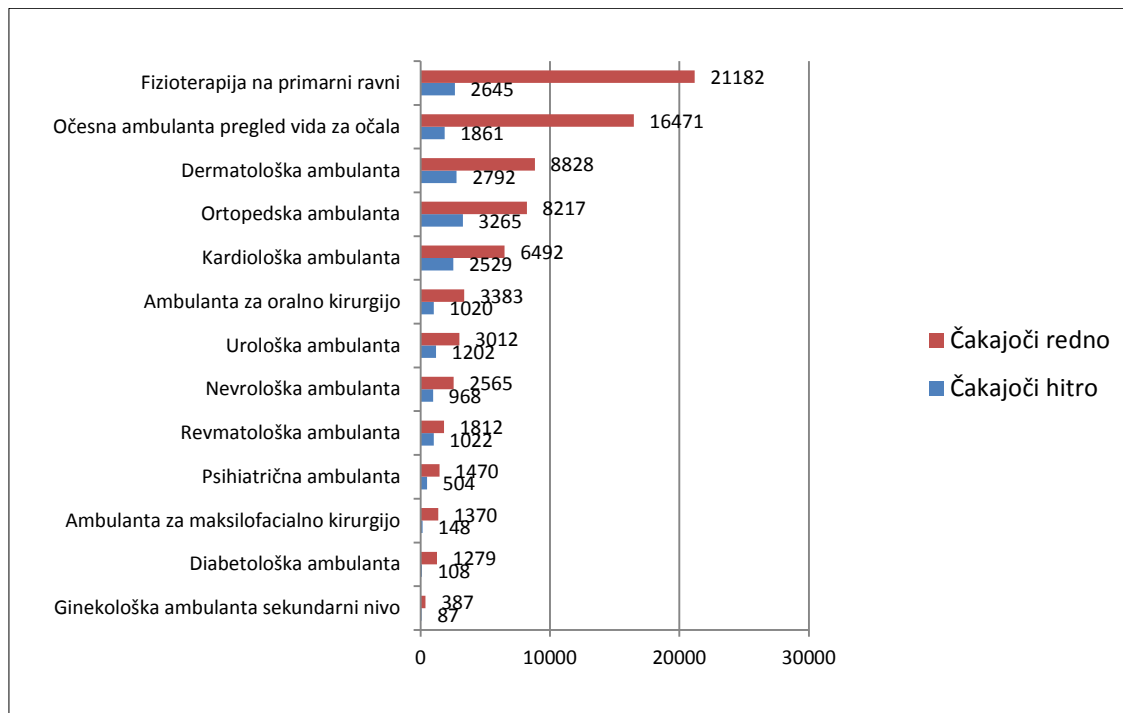


Vir: IVZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo (2013)

Največ čakajočih najdemo pri naslednjih ambulantah:

- fizioterapija na primarni ravni: število čakajočih pri stopnji redno (kronična stanja) je 21.182, medtem ko jih pri stopnji hitro (akutna stanja) čaka 2.645;
- očesna ambulanta: število čakajočih pri stopnji redno je 16.471, medtem ko jih pri stopnji hitro čaka 1.861;
- dermatološka ambulanta: tudi tu najdemo večino čakajočih pri stopnji redno (8.828 čakajočih), medtem ko je pri stopnji hitro vpisanih na seznam 2.792 čakajočih;
- ortopedska ambulanta: pri stopnji redno čaka večina vseh vpisanih v čakalni seznam in sicer 8.217, pri stopnji hitro pa je vpisanih 3.265 ljudi;
- kardiološka ambulanta: število čakajočih pri stopnji redno je 6.492, medtem ko jih pri stopnji hitro čaka 2.529;
- ambulanta za oralno kirurgijo: število čakajočih pri stopnji redno je 3.383, medtem ko jih pri stopnji hitro čaka 1.020;
- urološka ambulanta: število čakajočih pri stopnji redno je 3.012, medtem ko jih pri stopnji hitro čaka 1.202. (IVZ, 2013)

Graf 5: Število čakajočih nad dopustno ČD v mesecu aprilu 2013 za obe stopnji nujnosti po specialističnih ambulantah



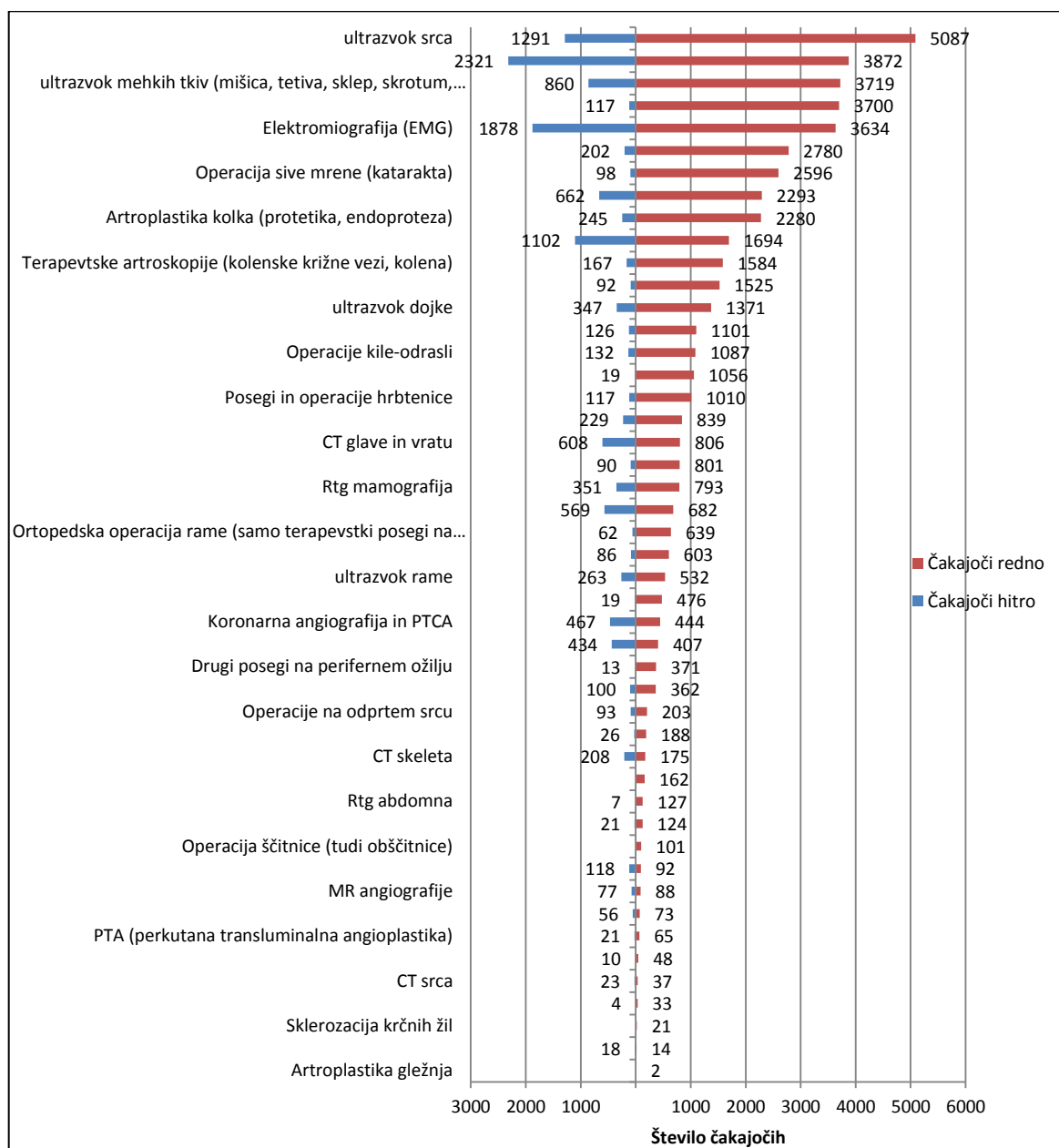
Vir: IVZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo (2013)

Največ čakajočih nad dopustno čakalno dobo najdemo pri naslednjih ambulantah:

- fizioterapija na primarni ravni: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno (kronična stanja) je 1.101, medtem ko pri stopnji hitro (akutna stanja) na prvi pregled več kot 90 dni čakajo 4 pacienti; revmatološka ambulanta pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 887 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni na prvi pregled čaka 580 pacientov;
- urološka ambulanta: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 471, pri stopnji hitro pa na prvi pregled več kot 90 dni čaka 115 pacientov;
- ortopedska ambulanta: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 329, medtem pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 64 pacientov;
- kardiološka ambulanta: tudi tu najdemo večino čakajočih nad 180 dni pri stopnji redno (303 čakajočih), medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 65 pacientov. (IVZ, 2013)

Tudi pri čakajočih nad dopustno čakalno dobo lahko trdimo, da jih večina čaka pod stopnjo nujnosti redno, medtem ko pri stopnji nujnosti hitro nad dopustno mejo čaka manj pacientov.

Graf 6: Skupno število čakajočih po posamezni zdravstveni storitvi za stanje na dan 1. 4. 2013 glede na stopnjo nujnosti



Vir: IVZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo (2013)

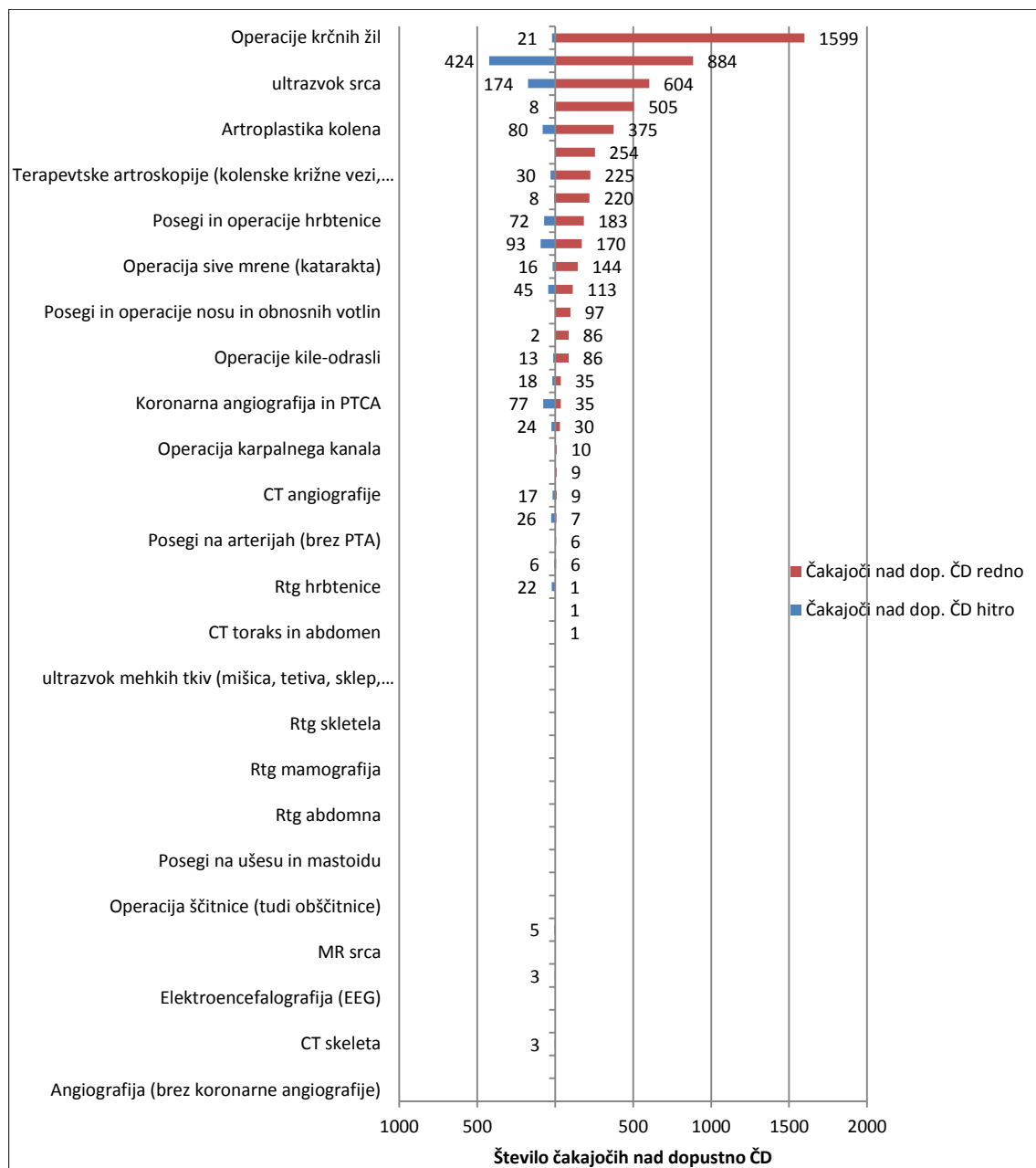
Največ čakajočih najdemo pri naslednjih storitvah:

- ultrazvok srca: število čakajočih pri stopnji redno je 5.087, medtem ko pri stopnji hitro čaka 1.291 pacientov;
- magnetna resonanca skeleta: število čakajočih pri stopnji redno je 3.872, medtem ko pri stopnji hitro čaka 2.321 pacientov;
- ultrazvok mehkih tkiv: število čakajočih pri stopnji redno je 3.719, medtem ko pri stopnji hitro čaka 860 pacientov;
- operacije krčnih žil: pri stopnji redno čaka večina vseh vpisanih v čakalni seznam, in sicer 3.700 čakajočih, pri stopnji hitro pa je vpisanih le 117 pacientov;

- elektromiografija: število čakajočih pri stopnji redno je 3.634, medtem ko pri stopnji hitro čaka 1.878 pacientov;
- artroplastika kolena: tudi tu najdemo večino čakajočih pri stopnji redno, in sicer 2.780 čakajočih, medtem ko je pri stopnji hitro vpisanih na seznam le 202 čakajoča;
- operacija sive mreže: število čakajočih pri stopnji redno je 2.596, medtem ko pri stopnji hitro čaka 98 pacientov;
- ultrazvok vratnih žil: število čakajočih pri stopnji redno je 2.293, medtem ko pri stopnji hitro čaka 662 pacientov. (IVZ, 2013)

Iz podatkov lahko trdimo, da je večina čakajočih vpisanih v čakalni seznam pod stopnjo nujnosti redno, medtem ko je pri stopnji nujnosti hitro vpisanih malo ljudi, pri nekaterih storitvah jih večina čaka pri stopnji nujnosti redno.

Graf 7: Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo po posamezni zdravstveni storitvi za stanje na dan 1. 4. 2013 glede na stopnjo nujnosti



Vir: IVZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo (2013)

Največ čakajočih nad dopustno čakalno dobo najdemo pri naslednjih storitvah:

- operacije krčnih žil: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 1.599, medtem ko pri stopnji hitro več kot 90 dni čaka 21 pacientov;
- elektromiografija: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 884 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni čaka 424 pacientov;
- ultrazvok srca: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 604 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni čaka 174 pacientov;

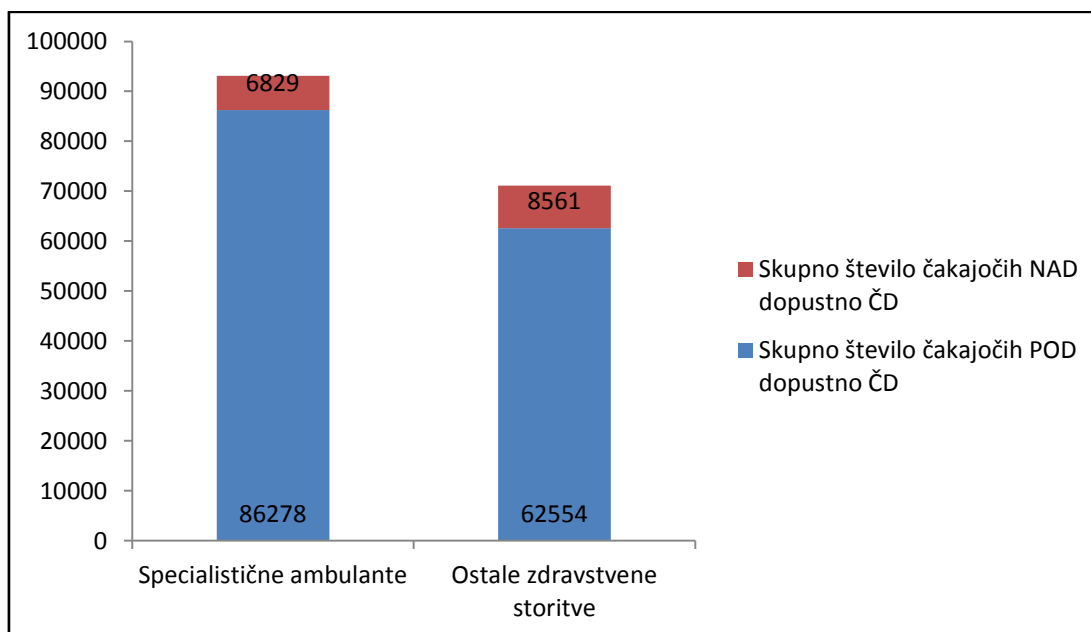
- posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu: tudi tu najdemo večino čakajočih nad 180 dni pri stopnji redno (505 čakajočih), medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 8 pacientov;
- artroplastika kolena: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 375 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni čaka 80 pacientov;
- drugi posegi na perifernem ožilju: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 254, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni ne čaka nihče;
- terapevtske artroskopije: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 225 vpisanih v čakalni seznam, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 30 pacientov;
- ortopedska operacija rame: število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji redno je 220, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 8 pacientov;
- posegi in operacije hrbtenice v ortopediji: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 183, medtem pri stopnji hitro več kot 90 dni čaka 72 pacientov.

Tudi pri čakajočih nad dopustno čakalno dobo lahko trdimo, da jih večina čaka pod stopnjo nujnosti redno, medtem ko jih pri stopnji nujnosti hitro nad dopustno mejo čaka malo. (IVZ, 2013)

3.3.2 STANJE ČAKALNIH DOB V SLOVENIJI NA DAN 1. 4. 2014

Na dan 1. 4. 2014 je v 13 izbranih specialističnih ambulantah na 1. pregled čakalo 93.107 pacientov, od tega jih je na dopustno mejo čakalo 6.829, kar predstavlja 7,3 % od vseh čakajočih na ambulantni pregled. Na drugi strani je na 47 izbranih zdravstvenih storitev čakalo 71.115 pacientov, od tega jih je nad dopustno mejo čakalo 8.561, kar predstavlja 12 % od vseh čakajočih na storitveni pregled. (NIJZ, 2014)

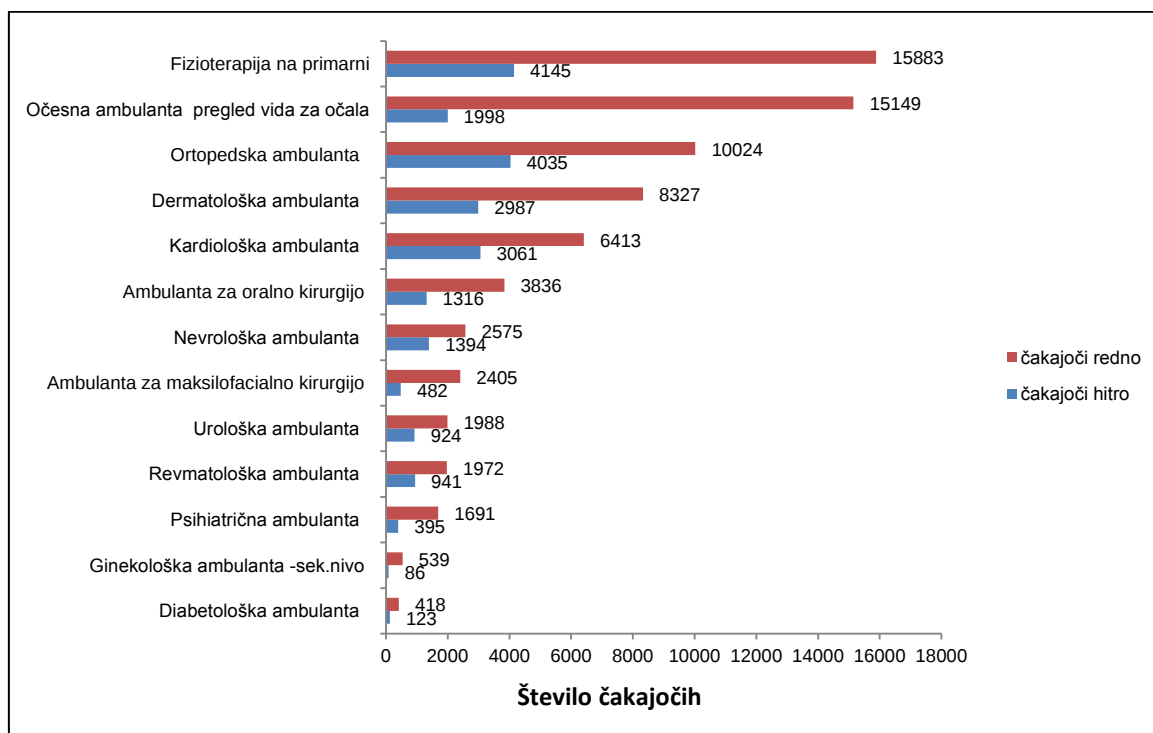
Graf 8: Čakajoči nad in pod dopustno čakalno dobo ter delež čakajočih nad dopustno ČD v primerjavi med ambulantami in storitvami



Vir: NIJZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo (2014)

Kot je razvidno iz spodnjih dveh grafov, so čakalne dobe na 13 specialističnih ambulant, precejšnje. Tudi najdaljša dopustna čakalna doba je presežena, saj ni izvajalcev, ki bi imel čakalno dobo znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob. (NIJZ, 2014)

Graf 9: Število čakajočih v mesecu aprilu 2014 za obe stopnji nujnosti po specialističnih ambulantah



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Nacionalni čakalni seznam (2014)

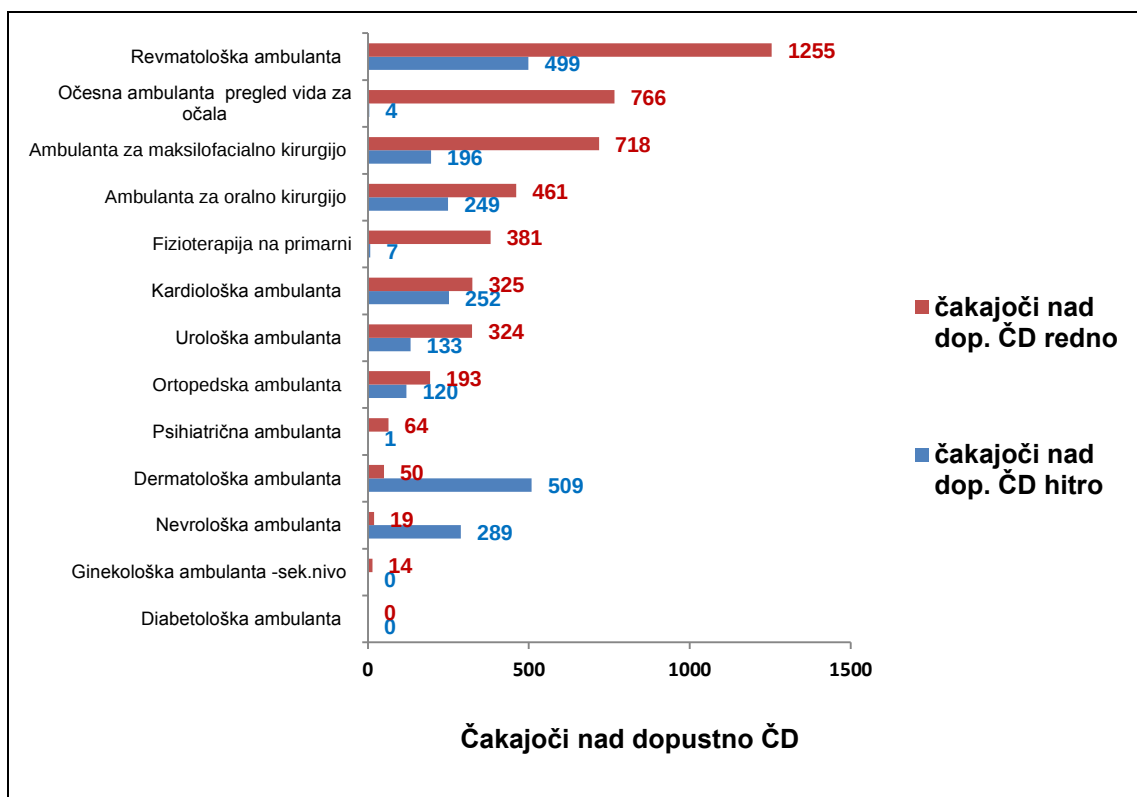
Največ čakajočih najdemo pri naslednjih ambulantah:

- fizioterapija na primarni ravni: število čakajočih pri stopnji redno (kronična stanja) je 15.883, medtem ko jih pri stopnji hitro (akutna stanja) čaka 4.145;
- očesna ambulanta: število čakajočih pri stopnji redno je 15.149, medtem ko jih pri stopnji hitro čaka 1998;
- ortopedska ambulanta: pri stopnji redno čaka večina vseh vpisanih v čakalni seznam, in sicer 10.024 čakajočih, pri stopnji hitro pa je vpisanih 4.035 ljudi;
- dermatološka ambulanta: tudi tu najdemo večino čakajočih pri stopnji redno (8.327 čakajočih), medtem ko je pri stopnji hitro vpisanih na seznam 2.987 čakajočih;
- kardiološka ambulanta: število čakajočih pri stopnji redno je 6.413, medtem ko jih pri stopnji hitro čaka 3.061;
- ambulanta za oralno kirurgijo: število čakajočih pri stopnji redno je 3.836, medtem ko jih pri stopnji hitro čaka 1.316;
- nevrološka ambulanta: število čakajočih pri stopnji redno je 2.575, medtem ko jih pri stopnji hitro čaka 1.394. (NIJZ, 2014)

Iz podatkov lahko trdimo, da je večina čakajočih vpisanih v čakalni seznam pod stopnjo nujnosti redno, medtem ko je pri stopnji nujnosti hitro vpisanih malo ljudi, pri nekaterih

storitvah jih večina čaka pri stopnji nujnosti redno.

Graf 10: Število čakajočih nad dopustno ČD v mesecu aprilu 2014 za obe stopnji nujnosti po specialističnih ambulantah

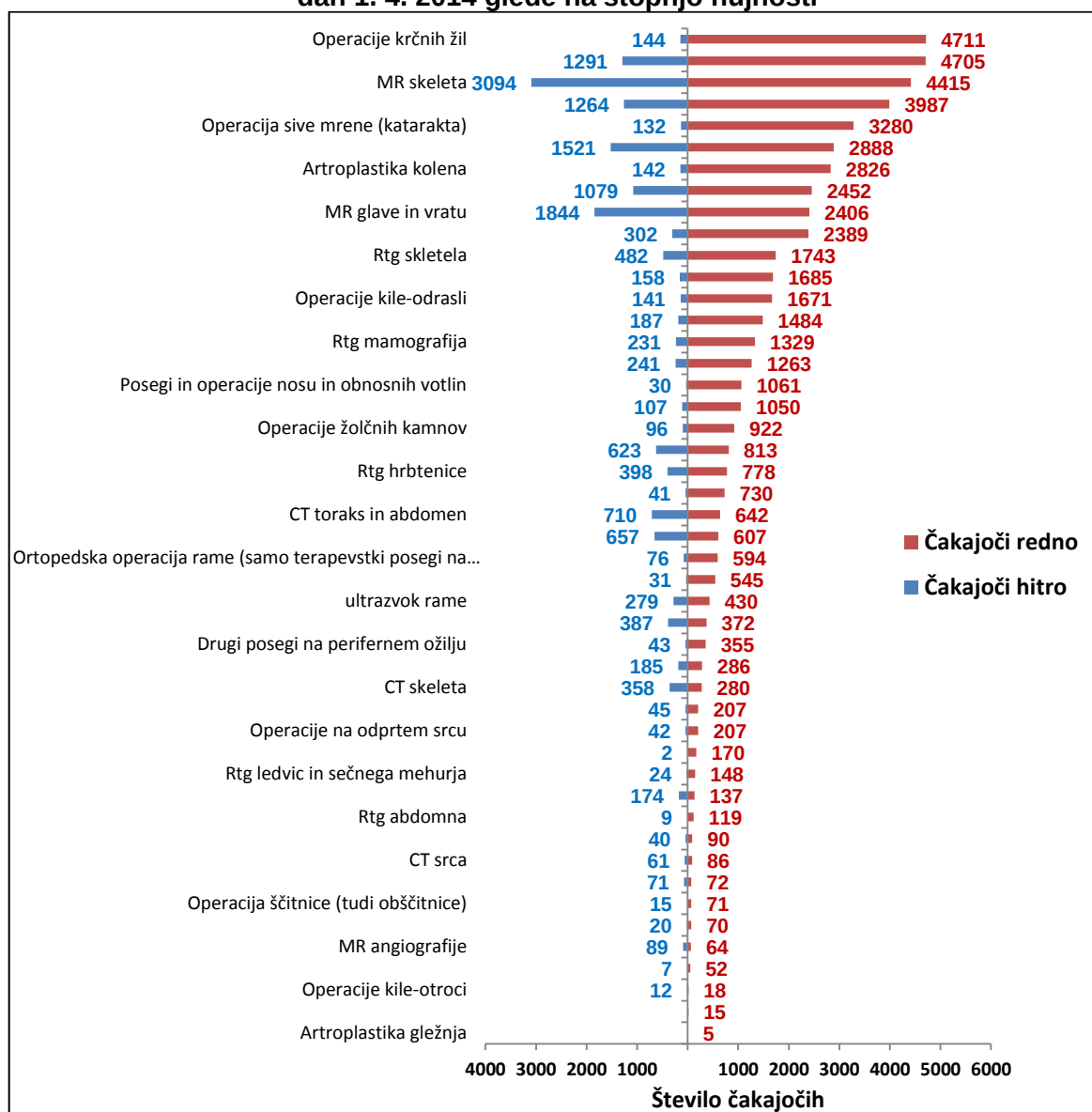


Vir: NIJZ, Nacionalni čakalni seznam (2014)

Največ čakajočih nad dopustno čakalno dobo najdemo pri naslednjih ambulantah:

- revmatološka ambulanta: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 1.255 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni na prvi pregled čaka 499 pacientov;
- očesna ambulanta za pregled vida za očala: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 766, pri stopnji hitro pa na prvi pregled več kot 90 dni čakajo 4 pacienti;
- ambulanta za maksilofacialno kirurgijo: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 718, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 196 pacientov;
- ambulanta za oralno kirurgijo: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 461, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 249 pacientov;
- fizioterapija na primarni ravni: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno (kronična stanja) je 381, medtem ko pri stopnji hitro (akutna stanja) na prvi pregled več kot 90 dni čaka 7 pacientov;
- kardiološka ambulanta: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 325, pri stopnji hitro pa na prvi pregled več kot 90 dni čaka 252 pacientov. (NIJZ, 2014)

Graf 11: Skupno število čakajočih po posamezni zdravstveni storitvi za stanje na dan 1. 4. 2014 glede na stopnjo nujnosti



Vir: NIJZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo za stanje na dan (2014)

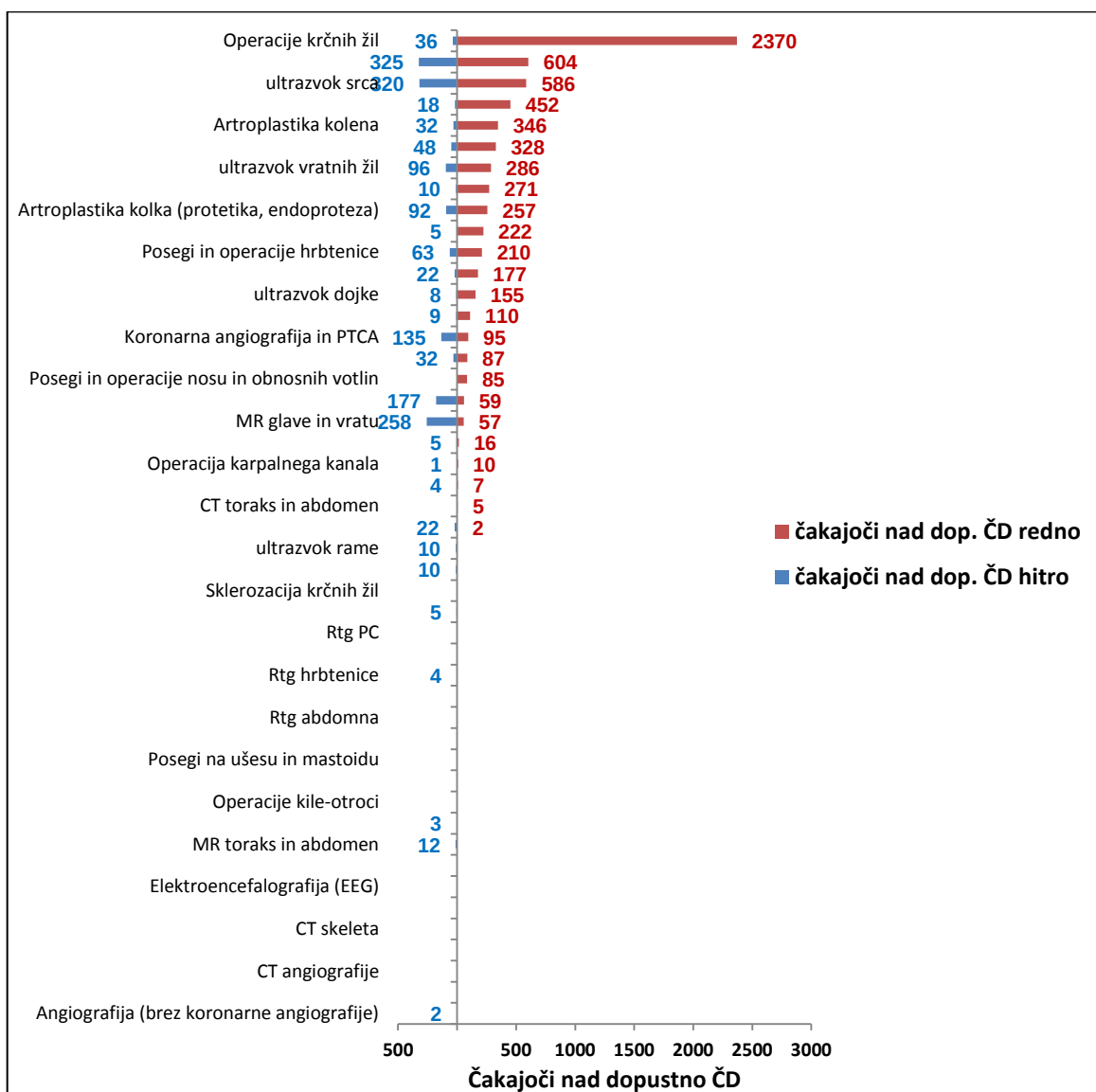
Največ čakajočih najdemo pri naslednjih storitvah:

- operacije krčnih žil: pri stopnji redno čaka večina vseh vpisanih v čakalni seznam, in sicer 4.711 čakajočih, pri stopnji hitro pa je vpisanih le 144 pacientov;
- ultrazvok srca: število čakajočih pri stopnji redno je 4.705, medtem ko pri stopnji hitro čaka 1.291 pacientov;
- magnetna resonanca skeleta: število čakajočih pri stopnji redno je 4.415, medtem ko pri stopnji hitro čaka 3.094 pacientov;
- ultrazvok mehkih tkiv: število čakajočih pri stopnji redno je 3.987, medtem ko pri stopnji hitro čaka 1.264 pacientov;
- operacija sive mreže: število čakajočih pri stopnji redno je 3.280, medtem ko pri stopnji hitro čaka 132 pacientov;

- elektromiografija: število čakajočih pri stopnji redno je 2.888, medtem ko pri stopnji hitro čaka 1.521 pacientov;
- artroplastika kolena: tudi tu najdemo večino čakajočih pri stopnji redno (2.826 čakajočih), medtem ko je pri stopnji hitro vpisanih na seznam le 142 pacientov;
- ultrazvok vratnih žil: število čakajočih pri stopnji redno je 2.452, medtem ko pri stopnji hitro čaka 1.079 pacientov;
- magnetna resonanca glave in vratu: število čakajočih pri stopnji nujnosti redno je 2.406, medtem ko pri stopnji nujnosti hitro na storitev čaka 1.844 pacientov;
- artroplastika kolka: število čakajočih pri stopnji redno je 2.389, medtem ko pri stopnji hitro čaka 302 pacienta. (NIJZ, 2014)

Iz podatkov lahko trdimo, da je večina čakajočih vpisanih v čakalni seznam pod stopnjo nujnosti redno, medtem ko je pri stopnji nujnosti hitro vpisanih malo ljudi, pri nekaterih storitvah jih večina čaka pri stopnji nujnosti redno.

Graf 12: Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo po posamezni zdravstveni storitvi za stanje na dan 1. 4. 2014 glede na stopnjo nujnosti



Vir: IVZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečno poročilo (2014)

Največ čakajočih nad dopustno čakalno dobo najdemo pri naslednjih storitvah:

- operacije krčnih žil: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 2.370, medtem ko pri stopnji hitro več kot 90 dni čaka 36 pacientov;
- elektromiografija: pri stopnji redno nad dopustno mejo čakajo 604 vpisani v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni čaka 325 pacientov;
- ultrazvok srca: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 586 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni čaka 20 pacientov;
- posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu: tudi tu najdemo večino čakajočih nad 180 dni pri stopnji redno (452 čakajočih), medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 18 pacientov;
- artroplastika kolena: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 346 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni čaka 32 pacientov;

- operacija kile pri odraslih: število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnji redno je 328, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 48 pacientov;
- ultrazvok vratnih žil: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 286 vpisanih v čakalni seznam, pri stopnji hitro pa več kot 90 dni čaka 96 pacientov;
- drugi posegi na perifernem ožilju: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 271, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 10 pacientov;
- artroplastika kolka: pri stopnji redno nad dopustno mejo čaka 257 vpisanih v čakalni seznam, medtem ko pri stopnji hitro nad 90 dni čaka 92 pacientov;
- operacija sive mreže: število čakajočih nad dopustno mejo pri stopnji redno je 222, medtem ko pri stopnji hitro več kot 90 dni čaka 5 pacientov. (NIJZ, 2014)

Tudi pri čakajočih nad dopustno čakalno dobo lahko trdimo, da jih večina čaka pod stopnjo nujnosti redno, medtem ko jih pri stopnji nujnosti hitro nad dopustno mejo čaka malo.

3.3.3 STANJE ČAKALNIH DOB V SLOVENIJI OD 1. 4. 2013 DO 1. 4. 2014

Medletna primerjava za 13 specialističnih ambulant

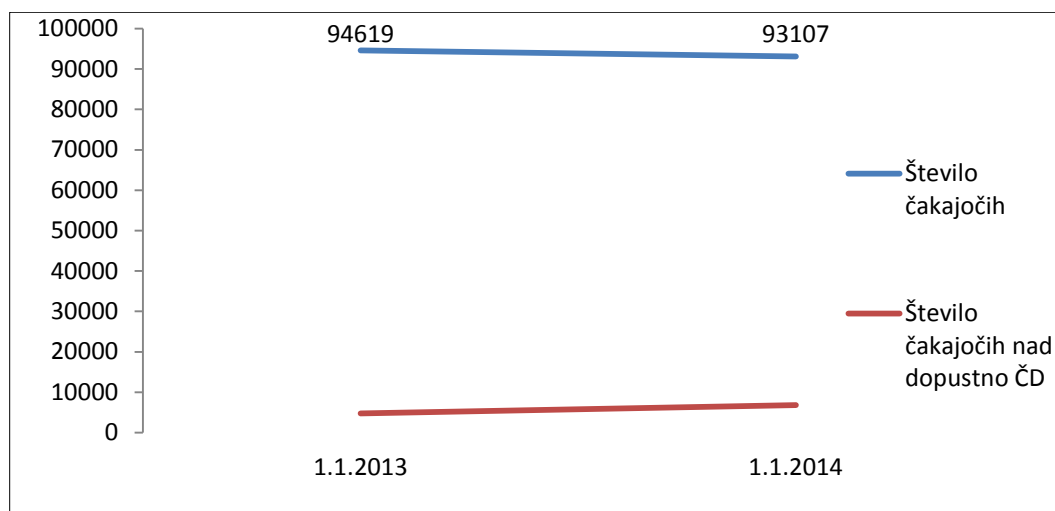
Tabela 8: Stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno ČD v Sloveniji v 13 specialističnih ambulantah od 1. 4. 2013 do 1. 4. 2014

13 SPECIALISTIČNIH AMBULANT	Število čakajočih	Število čakajočih nad dopustno ČD
1. 4. 2013	94.619	4.788
1. 4. 2014	93.107	6.829

Vir: NIJZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečni poročili (2013, 2014)

Iz zbranih podatkov, ki jih zbira Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, je mogoče ugotoviti, da medletna primerjava za 13 specialističnih ambulant pokaže, da je prišlo do zmanjšanja števila čakajočih iz 94.619 na 93.107, pri čemer pa velja, da se je število čakajočih nad dopustno ČD povečalo iz 4.788 na 6.829, torej za 2.041 čakajočih.

Graf 13: Stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno ČD v Sloveniji v 13 specialističnih ambulantah od 1. 4. 2013 do 1. 4. 2014



Vir: NIJZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečni poročili (2013, 2014)

Medletna primerjava za 47 specialističnih ambulant

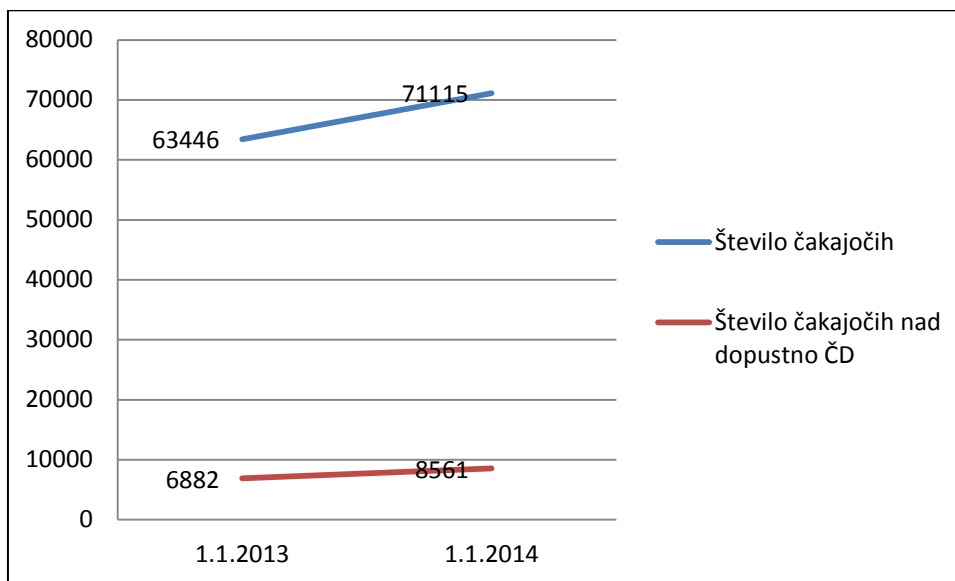
Tabela 9: Stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno ČD v Sloveniji v 47 specialističnih ambulantah od 1. 4. 2013 do 1. 4. 2014

47 OSTALIH SPECIALISTIČNIH AMBULANT	Število čakajočih	Število čakajočih nad dopustno ČD
1. 4. 2013	63446	6882
1. 4. 2014	71115	8561

Vir: NIJZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečni poročili (2013, 2014)

Iz zbranih podatkov, ki jih zbira Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, je mogoče ugotoviti, da medletna primerjava za 47 ostalih specialističnih ambulant pokaže, da je prišlo do povečanja števila čakajočih iz 63.446 na 71.115, pri čemer pa še velja, da se je število čakajočih nad dopustno ČD povečalo iz 6.882 na 8.561, torej za 1.679 čakajočih.

Graf 14: Stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno ČD v Sloveniji v 47 specialističnih ambulantah od 1. 4. 2013 do 1. 4. 2014



Vir: NIJZ, Spremljanje čakalnih dob, Mesečni poročili (2013, 2014)

Nad dopustno mejo naj bi čakalo od 10 do 20 odstotkov bolnikov, kar naj bi po mnenju stroke pomenilo, da nastajajo nepotrebni stroški zaradi plačevanja predolgh bolniških, bolnikom pa zaradi odlašanja zdravljenja nastaja tudi zdravstvena škoda. (RTV SLO, 2015)

Vrsta pacientov pred specialističnimi ambulantami je vse daljša, najdlje se čaka na revmatologa in urologa ter operaciji kolena in kolka. Je razlog varčevanje?

4 NUJNE SPREMEMBE OBSTOJEČEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

H4: Zdravstveni programi, ki sledijo napredkom zdravljenja, lahko pripomorejo k zmanjševanju finančnega primanjkljaja javnih zavodov oz. bolnišnic.

H5: Zdravnik specialist v slovenskem prostoru opravlja enako delo v javnem zavodu in pri koncesionarju.

4.1 UVAJANJE NOVIH ZDRAVSTVENIH PROGRAMOV

Razvoj zdravstvenih ved in tehnologije ter novi izzivi in potrebe prebivalstva na vseh področjih zdravstvene obravnave dajejo nove možnosti in zahtevajo uvajanje novih načinov in metod obravnave različnih bolezenskih stanj. Novi načini in metode pomenijo kakovostnejšo obravnavo bolnikov, hitrejšo, učinkovitejšo in uspešnejšo zdravljenje, prispevajo h kakovosti življenja in podaljševanju življenjske dobe. Pogosto gre za povsem nove načine zdravstvene obravnave. Pojavljajo se potrebe po izboljševanju kakovosti obravnave, novih organizacijskih oblikah in novih načinih upravljanja sistema. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

Večina novosti zahteva nove vire (kadrovske, prostorske, opremo) in s tem povezana finančna sredstva. Dodatna finančna sredstva za nove zdravstvene obravnave so v vseh javnih sistemih zdravstvenega varstva omejena z višino ustvarjenega bruto domačega proizvoda in njegovega deleža, namenjenega za zdravstvene programe. Neskladje med novimi možnostmi zdravstvene obravnave, potrebami in zahtevami ter možnostmi njihovega plačevanja se povečuje. Zaradi tega je treba sproti kritično ocenjevati pričakovane posledice uvajanja novih metod zdravljenja oziroma obravnav posameznih bolezenskih stanj in predlaganih sprememb. Pri uvajanju novosti je treba upoštevati njihovo strokovno medicinsko učinkovitost, pomembnost zdravstvenega problema za zdravje posameznika in javno zdravje, potrebo po uvedbi novega načina obravnave, njegovo ekonomsko upravičenost in uravnoteženost obravnave različnih zdravstvenih problemov. Zaradi tega povsod v svetu (razen v državah s tržnim sistemom zdravstvenega varstva) poteka uvajanje novih metod zdravljenja oziroma zdravstvene obravnave bolnikov nadzorovano in po vnaprej določenih postopkih, za katere so določeni ustrezni organi. Postopki uvajanja morajo biti znanstveno dosledni, vključevati morajo vse pomembne podatke in interese, biti morajo pregledni, neodvisni in časovno opredeljeni. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

- Pri uvajanju novih metod zdravljenja Zdravstveni svet pri Ministrstvu za zdravje RS kot najvišji usklajevalni in posvetovalni organ ministra, pristojnega za zdravje na podlagi 2. člena Pravilnika o Zdravstvenem svetu (Uradni list RS, št. 88/01), obravnava predloge razširjenih strokovnih kolegijev in drugih predlagateljev, kadar vplivajo na vsebino in obseg zdravstvenega varstva, s tem pa na zdravstveno politiko in financiranje zdravstvenega varstva. (MZ, št. dokumenta 0130-57/2009-4)

Za učinkovito in dosledno izvajanje pristojnosti Zdravstvenega sveta pri uvajanju novih metod zdravljenja se določijo:

- področja, ki zahtevajo predhodno oceno Zdravstvenega sveta,
- predlagatelji novih metod in novosti,
- strokovna telesa, pristojna za ocenjevanje novih metod dela in drugih tehnoloških, vsebinskih in organizacijskih novosti v programih zdravstvene službe v Republiki Sloveniji,
- enoten vprašalnik, ki ga morajo predlagatelji poslati strokovnim organom za ocenjevanje njihovih predlogov, ter vsebina vprašalnikov,
- postopek ocenjevanja novih predlogov v pristojnih strokovnih telesih in zdravstvenem svetu in njihovo razvrščanje na prednostni seznam. (MZ, št. dokumenta 0130-57/2009-4)

Pri vseh predlogih so to novosti, ki naj bi jih uvedli v zdravstveno varstvo v vsej Republiki Sloveniji, pri posameznih izvajalcih pa le na izrecno zahtevo Ministrstva za zdravje RS, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, posameznega zdravstvenega zavoda, posameznega izvajalca ali razširjenega strokovnega kolegija. (MZ, št. dokumenta 0130-57/2009-4)

Za presojo primernosti in sprejemljivosti predlogov novosti naj bi bili s strokovnega medicinskega vidika pristojni Razširjeni strokovni kolegiji RSK posameznih medicinskih strok, Medicinska fakulteta, Fakulteta za farmacijo ali pristojne institucije na področjih, na katerih niso imenovani razširjeni strokovni kolegiji. Vsi navedeni ocenjujejo predloge, ki se nanašajo na njihova delovna področja. Če se predlog nanaša na več specialnosti oziroma področij, morajo pripraviti strokovno oceno predloga vsi razširjeni strokovni kolegiji s teh področij. Razširjeni strokovni kolegiji morajo svoje strokovne utemeljitve podpreti z znanstveno utemeljenimi dokazi, z dokazi podprta medicina (EBM – Evidence Based Medicine) ali z dokazi podprta farmacija (EBF – Evidence Based Pharmacy) in ne zgolj s soglasjem strokovnjakov. (MZ, št. dokumenta 0130-57/2009-4)

4.1.1 RANGIRANJE SEZNAMOV ZDRAVSTVENIH PROGRAMOV

Po obravnavi popolnih vlog novih zdravstvenih programov Zdravstveni svet:

- oceni predlog novosti kot pomemben prispevek k izboljšanju zdravstvenega varstva in ga uvrsti na prednostni seznam,
- programa ne uvrsti na prednostni seznam in zahteva od predlagatelja dodatne informacije,
- program zavrne. (MZ, št. dokumenta 0130-57/2009-4)

Na prva mesta na prednostnem seznamu razvrsti tiste predloge, ki največ prispevajo k izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva ali njegovih posameznih skupin, večji kakovosti, izboljšanju diagnostike oziroma terapije in rehabilitacije, racionalizaciji dela, večji učinkovitosti in uspešnosti v zdravstvenem varstvu ter uresničevanju drugih ciljev. Na

najvišje mesto razvrsti tiste, ki izpolnjujejo največ navedenih meril ali se jim najbolj približujejo. (MZ, št. dokumenta 0130-57/2009-4)

Zdravstveni svet skladno z razpoložljivimi sredstvi v naslednjem koledarskem letu pripravi prednostni seznam novosti in ga na podlagi 11. člena Pravilnika o Zdravstvenem svetu v obliki sklepa pošlje ministru za zdravje RS, ki o tem sprejme odločitev. (MZ, št. dokumenta 0130-57/2009-4) Predlogi, ki jih minister za zdravje ne vključi v Splošne dogovore za naslednje leto, ostanejo na prednostnem seznamu in Zdravstveni svet o njih ne odloča več. Naslednje leto glede na nove predloge določi že obravnavanim predlogom novo mesto na prednostnem seznamu.

Tabela 10: Rangirni seznam vlog za financiranje v letu 2014

	Št. vlog	NAZIV VLOGE	IZVAJALCI	Obseg programa na leto - št. oseb	Stroški na osebo na leto (v EUR)	Za financiranje - neto stroški programa (v EUR)	Št. točk	Opombe
1.	0130-70/2011	Pediatrična elektromiografija	UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo	400	151,22	60.487,50	78	7/2012 seja Komisije za ocenjevanje vlog: Komisija za ocenjevanje vlog je dopolnjeno vlogo Pediatrična elektromiografija podprla in jo ocenila z 78 utežmi.
2.	0130-45/2013	Celostna zdravstvena obravnava odraslih oseb z avtizmom	Inštitut za avtizem in sorodne motnje	120	1.871,87	224.624,00	71	Program je bil odobren na 1/2011 seji Zdravstvenega sveta dne 25. 1. 2011, vendar zaradi pomanjkanja sredstev še ni bil financiran.
3.	0130-53/2011	Izvajanje membranske plazmafereze in imunske adsorpcije	UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za dializo	40	4.061,90	162.476,08	35	7/2012 seja Komisije za ocenjevanje vlog: Komisija za ocenjevanje vlog je vlogo Izvajanje membranske plazmafereze in imunske adsorpcije podprla in jo ocenila s 35 utežmi.

Vir: MZ, Zapisnik 2/2013 seje Zdravstvenega sveta (2013)

4.1.2 ROBOTSKA KIRURGIJA – PROSTATEKTOMIJA PO SVETU

Robotska kirurgija združuje prednosti laparoskopskega in klasičnega načina operiranja ter omogoča minimalno invazivno kirurgijo na številnih vejah kirurgije: urologiji, abdominalni kirurgiji, žilni kirurgiji, torakalni kirurgiji, kardiovaskularni kirurgiji, ginekologiji, ORL.

Za izvajanje robotske kirurgije se v svetu uporablja tako imenovani sistem da Vinci. Prvi poseg z robotom da Vinci so opravili leta 1999. V svetu trenutno deluje 1.482 robotov da Vinci, od tega 1.091 v ZDA, 264 v Evropi in 127 v drugih delih sveta.

Robotska kirurgija je v ZDA odobrena s strani FDA, da Vinci sistem ima tudi odobritev uporabe pod evropskimi CE smernicami. Tako se danes robot uporablja v večini držav Evropske unije. Po priporočilu Evropskega združenja za urologijo je robotska kirurgija priznana kot najbolj obetavna kirurška tehnika pri zdravljenju malignomov uropoetskega trakta.

Danes se robotska kirurgija največ uporablja v urologiji in ginekologiji. Kot izredno učinkovita metoda se je izkazala pri zdravljenju rakavih obolenj, saj omogoča natančnejšo radikalno odstranitev malignoma z minimalno poškodbo zdravih tkiv. Glede na prednosti operacije z robotskim sistemom in zaradi zahtevnosti posega radikalne odstranitve prostate pri kirurškem zdravljenju raka prostate je robotska kirurgija širše uveljavljena na področju operacij radikalnih prostatektomij. Na tem področju v svetu in tudi v Evropi

robotska kirurgija zamenjuje klasično – odprto metodo in laparoskopsko metodo radikalne prostatektomije. Po zadnjih podatkih je v ZDA danes opravljenih 11 % operacij po klasični odprti metodi, 1 % po laparoskopski metodi, 4 % po manj uveljavljeni perinalni metodi, 84 % vseh posegov na prostati pa je opravljenih z uporabo robota (Vir: Kongresu robotske urologije v Bordeauxu septembra 2010).

Postopek s sistemom da Vinci ponuja bolnikom vse prednosti minimalno invazivnega postopka, vključno z manj bolečinami, manjšo izgubo krvi in manjšo potrebo po transfuzijah krvi. Poleg tega sistem da Vinci skrajša bivanje v bolnišnici in omogoča hitrejše okrevanje ter hitrejšo vrnitev k običajnim vsakodnevnim dejavnostim. Klinične študije kažejo, da sistem da Vinci pomaga kirurgom pri doseganju boljših kliničnih izidov kot običajne tehnologije – boljši nadzor raka in manjšo incidenco, zmanjšanje erektilne disfunkcije ter inkontinence pri radikalni prostatektomiji.

Že od samega začetka uvajanje robotske tehnologije na področje zdravstva se postavlja eno izmed osnovnih vprašanj, in sicer vprašanje stroškovne učinkovitosti in s tem ekonomske upravičenosti nove tehnologije. Študije na tem področju iz tuje literature kljub nekaterim evidentiranim prihrankom operacije z robotsko kirurgijo (skrajšanje ležalne dobe, manjše porabe krvi in zdravil ...) izkazujejo povečane stroške operacije radikalne prostatektomije z robotsko tehnologije zaradi dragega začetnega vložka, nakupa robotske tehnologije, njenega vzdrževanja in stroškov potrošnega materiala, ki ga zahteva ta tehnološki sistem. Vendar pa ob vključitvi širšega družbenega vidika, tj. izdatkov za celotni zdravstveni in družbeni sistem ter kakovosti življenja operiranega pacienta, se izkazuje kot ekonomsko učinkovita in stroškovno opravičljiva metoda. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

Z razvojem nove dovršene tehnologije, robotske kirurgije s sistemom da Vinci, je prišlo do sprememb v pristopu zdravljenja lokaliziranega raka prostate. Robotska radikalna prostatektomija zaradi svojih prednosti, danes vse bolj zamenjuje radikalno retropubično in laparoskopsko radikalno prostatektomijo, število opravljenih radikalnih prostatektomij po robotski metodi strmo narašča. Pri robotski metodi gre za minimalno invazivni poseg, ki predstavlja bistvene prednosti glede na ostali dve metodi. Robotska metoda omogoča natančnejšo radikalno odstranitev malignoma z minimalno poškodbo zdravih tkiv. S tem je zagotovljeno uspešnejše zdravljenje rakavega obolenja in hitrejša ter kakovostnejša postoperativna rehabilitacija bolnika.

Po zadnjih podatkih je v ZDA danes opravljenih 11 % operacij po klasični odprti metodi, 1 % po laparoskopski metodi, 4 % po manj uveljavljeni perinalni metodi, 84 % vseh posegov na prostati pa je opravljenih z uporabo robota. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

4.1.3 ROBOTSKA KIRURGIJA – PROSTATETKTOMIJA V SLOVENIJI

V Splošni bolnišnici Celje so robotsko radikalno prostatektomijo pričeli izvajati že leta 2009. Priprava na izvajanje slednje je terjala ustaljeni red. Opravili so ustrezne edukacije in dobili ustrezna potrdila za izvajanje robotske asistirane radikalne prostatektomije. V SB Celje opravljajo trenutno operacije v urologiji, z robotom pa se lahko opravlja tudi vse ostale operacije v abdominalni votlini in v prsnem košu.

Rezultati v SB Celje so takšni, da so pričeli izvajati operacije z robotom na urologiji, načrtujejo pa še širitev na ginekologijo in abdominalno kirurgijo. Do zdaj so opravili 364 operacij, od tega 20 na ledvicah, ostalo pa so robotske prostatektomije. Število operacij z robotsko asistirano radikalno prostatektomijo je v zadnjih letih v skokovitem porastu. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

Tabela 11: Število posegov na prostati v letih 2007, 2008, 2009 po bolnišnicah do ZZZS

Bolnišnice	2007	2008	2009	Delež 2009	1–6 2010	Delež 2010
SB CELJE	36	30	54	7,81	37	10
SB IZOLA	22	25	32	4,63	20	5
UKC MARIBOR	82	101	117	16,93	64	17
SB MURSKA S.	2	0	5	0,72	16	4
SB "Dr. F. Derg" NG	25	20	32	4,63	14	4
SB NOVO MESTO	16	27	32	4,63	15	4
SB SL. GRADEC	149	176	214	30,97	113	30
UKC LJUBLJANA	143	182	205	29,67	100	26
SLOVENIJA SKUPAJ	475	561	691	100	379	100

Vir: MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1 (2010)

V tabeli je prikazano število operacij na prostati, ki so bile v letih 2007–2009 in v prvih šestih mesecih leta 2010 opravljene v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Ugotovimo lahko, da narašča delež vseh operiranih bolnikov med skupaj na novo odkritimi bolniki z rakom. Medtem ko incidenca napoveduje približno 20 % povečanje v obdobju 2008–2015, se je število operacij samo v letu 2009 glede na leto 2008 povečalo za 23 %. Glede na naraščajoči delež operiranih bolnikov med vsemi na novo odkritimi bolniki in naraščajočo incidenco raka prostate v Sloveniji se pričakuje tudi naraščanje števila kirurških posegov na prostati.

Večina operacij v Sloveniji se danes izvaja po klasični odprti metodi. Samo število laparoskopskih operacij uradno statistično ni dosegljivo. Po neuradnih virih naj bi v SB Slovenj Gradec izvajali pretežno laparoskopske posege, delno tudi UKC Maribor. Ostali posegi so v letu 2009 izvedeni po klasični odprti metodi. Operacija z laparoskopsko metodo se je v Sloveniji uveljavila v zadnjih 10 letih. Prvi poseg je bil opravljen v Sloveniji leta 1999. Laparoskopska metoda je v svetu danes v zatonu, nadomešča jo robotska metoda. V Sloveniji se izvaja robotska prostatektomija le v SB Celje.

Ležalna doba po klasični odprti metodi v SB Celje je 11 dni, pridobili smo še podatek iz ene izmed drugih slovenskih bolnišnic, kjer je ležalna doba za ta isti poseg 15 dni. Bolniška odsotnost po klasični odprti metodi je v Sloveniji dolgotrajna, dosegljiv nam je podatek ZZZS OE Celje, po katerem je bilo povprečno trajanje bolniške odsotnosti zavarovancev po operaciji radikalne prostatektomije za leto 2009 približno 8 mesecev. Povprečna starost pacientov, operiranih za radikalno prostatektomijo, je bila v letu 2009 v SB Celje 64 let. Slaba polovica operiranih je bila mlajših od 65 let, ostali so bili starejši od 65 let. Starost operiranih pacientov in pokojninski sistem pogojujeta koriščenje bolniškega staleža v Sloveniji. Glede na obstoječo zakonodajo je glede na podatke ZZZS OE Celje

bolniški stalež koristilo 16 % vseh operiranih pacientov z radikalno prostatektomijo v SB Celje v letu 2009 (povprečno trajanje odsotnosti je bilo 244 dni). Glede na višanje starostne meje za upokožitev in tudi zgodnejše odkrivanje bolezni z večjo osveščenostjo pričakujemo povečanje deleža vseh operiranih v aktivni življenjski dobi. Dolg bolniški stalež po klasični, odprti metodi je pogojen s samo zahtevnostjo klasičnega, odprtega načina posega radikalne prostatektomije in rehabilitacije zaradi zmanjšanja življenjskih funkcij, katerih povrnitev je dolgotrajna (pacienti se vrnejo na delo, ko so kontinentni). (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

Čakalna doba na operacijo raka prostate v Sloveniji:

- UKC Ljubljana: 90–120 dni,
- UKC Maribor: 78–100 dni,
- SB Slovenj Gradec: 75 dni. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

4.1.3.1 Sistem da Vinci

V SB Celje so pacienti z rakom prostate operirani v roku 8 tednov od postavitve diagnoze, kar je pogojeno z medicinsko doktrino. Diagnoza za raka prostate se postavi z biopsijo, po kateri je potreben 8-tedenski razpon do same izvedbe operativnega posega radikalne prostatektomije zaradi celjenja rane črevesja po biopsiji.

SB Celje tako kot večina drugih bolnišnic laparoskopske metode ni razvijala. Glede na svetovne trende in rezultate zdravljenj z najsodobnejšo robotsko metodo je SB Celje ocenjevala, da ni smiselno začeti z uvajanjem laparoskopske metode, ki je v zatonu, temveč z najnovejšo metodo, z robotsko kirurgijo. Le-ta prinaša bistvene prednosti in koristi glede na že uveljavljeno laparoskopsko metodo v Sloveniji in glede na najpogostejšo klasično odprto metodo.

Tako kakor v svetu se tudi v Evropi izvaja poseg radikalne prostatektomije po več metodah. S pojavom sofisticirane tehnologije robotskega sistema da Vinci se izredno hitro nadomešča klasična odprta in laparoskopska metoda z novo tehnologijo tudi v Evropi. Konec leta 2009 je bilo v ZDA uvedenih 1.028 sistemov da Vinci, medtem ko jih je bilo v Evropi uvedenih 248. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

Tabela 12: Število sistemov da Vinci v državah EU

Države	Število sistemov da Vinci
Avstrija	2
Belgija	17
Danska	3
Češka	4
Francija	18
Nemčija	15
Grčija	3
Irska	2
Italija	29
Nizozemska	4
Norveška	3
Španija	8
Švedska	6
Švica	7

Romunija	3
Velika Britanija	8

Vir: MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1 (2010)

SB Celje je v letu 2009 od vseh operacij prostate v Sloveniji, ki jih je bilo skupaj 691, izvedla 54 operacij radikalne prostatektomije, kar predstavlja 7,81 %. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

Tabela 13: Delež opravljenih operacij radikalnih prostatektomij v SB Celje v letu 2009 in ocena 2015

Bolnišnice	2009	Delež 2009	1–6 2010	Ocena 2010	Delež 2010	2011	2015	Delež 2011	Delež 2015
SB Celje	54	8	37	92	12	165*	350	19	34
Ostali	637	92	342	684	88	684	690	81	66
Slovenija skupaj	691	100	379	776	100	849	1.040	100	100

*od tega 150 posegov z robotsko kirurgijo

Vir: MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1 (2010)

4.1.3.2 Priložnost usmerjenosti na vzhodni Balkan

Finančna projekcija ob uvedbi robotske kirurgije v SB Celje predvideva poleg trženja robotske kirurgije v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji tudi trženje izven slovenskega prostora. Trženje je predvideno ob predpostavki geografske umeščenosti Slovenije in pokritosti regije z robotsko kirurgijo. Glede za področje vzhodnega Balkana, kjer robotskih sistemov nimajo (Hrvaška, Bosna in Hercegovina, Srbija, Makedonija, Črna gora, Kosovo, Ukrajina ...), se predvideva približno 100 posegov letno. (MZ, št. dokumenta 0130-92/2010-1)

4.1.3.3 Stroškovna učinkovitost robotske prostatektomije

Pri vsakem naložbenem projektu, ne glede na sektor (zasebni ali javni), so bistveni koristni učinki projekta. V konkretnem primeru so za oceno ekonomske upravičenosti učinki znatno pomembnejši kot pa naložbeni zneski ali obratovalni stroški.

Med koristi so uvrščene:

- skrajšanje ležalne dobe. Predlagatelj navaja, da se je ležalna doba v SB Celje skrajšala s povprečno **11 na povprečno 4 dni**, kar je za več kot dvakrat. Prihrankov (izraženih v €) iz tega naslova niso posebej prikazali. Menimo pa, da so dvojni:
 - bolnišnica za pacienta nima stroškov bivanja in stroškov zdravljenja, kar zagotovo ni zanemarljiv prihranek,
 - posteljo lahko uporabijo za drugega pacienta, pridobi dodatni prihodek itn.
- krajši čas odsotnosti z dela. Predlagatelj ocenjuje, da bi se bolniški izostanek z dela zaradi nove metode skrajšal **od 244 na 60**. O tem, kolikšen je s tem dosežen prihranek, je predlagatelj napravil izračun, vendar menimo, da ga je mogoče smatrati le kot grobi približek, saj temelji na povprečjih in upošteva le

paciente, ki so zavarovani. Pri tem kriteriju se nam zdi pomembna ugotovitev, da se čas nezmožnosti za delo z novo metodo skrajša od 244 na 60 dni.

- drugi učinki, ki dodatno zmanjšujejo stroške:
 - manj bolečin,
 - manj izgube krvi in s tem manj transfuzij,
 - boljši izidi zdravljenja in manj komplikacij;
 - druge ugodnosti (praviloma jih ni mogoče ovrednotiti z denarjem):
 - za pacienta (glede na stisko rakavih bolnikov te ugodnosti ni mogoče zanemariti)
 - manj bolečin,
 - manj brazgotinjenja,
 - hitrejšo okrevanje,
 - hitrejša vrnitev k vsakodnevnim opravilom,
 - ohranjanje kakovosti življenja.

Stroškovna učinkovitost se lahko poveča s povečanjem obsega poslovanja ali z zmanjšanjem stroškov. Če bi povečali število operacij, bi se zmanjšali fiksni stroški na enoto, na enoto pa bi ostali enaki spremenljivi stroški, čeprav bi se tudi nekateri od njih zmanjšali, saj se ne povečujejo enakomerno z obsegom poslovanja. (MZ, Zapisnik 4/2013 seje Zdravstvenega sveta, 2013)

Tabela 14: Razlika v stroških med starim in novim programom glede na število operacij

Število pacientov	Razlika v stroških med starim in novim programom v eur
300	2.765
400	2.388
500	1.996

Vir: MZ, Zapisnik 4/2013 seje Zdravstvenega sveta (2013)

Če pogledamo dodatne stroške na pacienta, vidimo, da znašajo pri 300 in 400 pacientih nad 2.000 evrov na pacienta, pri 500 pacientih pa pod 2.000 evrov na osebo. (MZ, Zapisnik 4/2013 seje Zdravstvenega sveta, 2013)

4.1.3.4 Plačilo za izvajanje robotske prostatektomije

Izvedba operacije robotska prostatektomija je bila do nedavnega v režiji same bolnišnice Celje. Stroški operacije pa so bili veliko večji, kot je bil povrnjen strošek za operacijo na podlagi SPP – skupine primerljivih primerov.

Šele z Aneksom št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2013 z dne 25. 7. 2013 so se ti stroški za operacijo z robotom da Vinci nekoliko zmanjšali, saj so vključili novi program SB Celje za leto 2013, s katerim jim je bilo odobreno 100 robotsko asistiranih radikalnih prostatektomij v vrednosti 238.200 EUR.

4.2 STABILIZACIJA KADROVSKIH RAZMER V ZDRAVSTVU

4.2.1 ZDRAVNIKI V VLOGI ZAPOSLENIH NA PODLAGI DELOVNIH UR V JAVNIH ZAVODIH

Obstoječa zakonodaja in nekateri predlogi nove zakonodaje na področju zdravstvene dejavnosti dopuščajo delo zdravstvenega osebja (predvsem zdravnikom) praktično povsod v javni in zasebni zdravstveni dejavnosti.

Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije dela v zasebnih ambulantah družinske in splošne medicine 308 zdravnikov, ki skrbijo za 27 % Slovencev, 806 je zasebnih zobozdravnikov (60 % vseh), od tega je 47 % koncesionarjev, vključenih v javno mrežo. Na primarni ravni ima koncesijo 49 ginekologov (42 %), zasebnih pediatrov s koncesijo pa je 56 in skrbijo za okoli 20 % otrok.

V Kirurškem sanatoriju Rožna dolina več kot polovico svojih zdravnikov najemajo. Po njihovih lastnih podatkih imajo le 7 redno zaposlenih zdravnikov, 13 zdravnikov z njimi sodeluje po pogodbi (med njimi jih 11 ni zaposlenih v nobeni drugi zdravstveni ustanovi, 2 le za del delovnega časa), manjši obseg dela pa zanje opravlja še 15 zdravnikov, redno zaposlenih drugje, večino v UKC Ljubljana ali Maribor. Najemati zdravnike po pogodbi je seveda ceneje.

Zakaj pravzaprav delodajalec zdravnikom, ki jim plačuje plačo za polni delovni čas in dodatna izobraževanja, dovoli delati tudi drugje? »To je tako, kot če bi košarkarski klub konkurenci posojal svoje najboljše igralce,« je pred časom dejal nekdanji zdravstveni minister dr. Dorjan Marušič. (Kukovič, 2012)

V nadaljevanju je v tabelah prikazano število zaposlenih v bolnišnicah na podlagi delovnih ur in število zaposlenih po delovnih mestih v vseh bolnišnicah.

Tabela 15: Število zaposlenih na podlagi delovnih ur v bolnišnicah v obdobju od leta 2007 do leta 2013

Bolnišnica	Število zaposlenih iz ur							Indeks		
	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2012 / 2011	2011 / 2010	
SB Brežice	286	295	279	300	290	289	275	96,95	105,73	93,00
SB Celje	1.731	1.761	1.743	1.718	1.713	1.684	1.636	98,30	101,03	101,46
CZBO Šentvid	45	45	45	45	44	45	46	100,00	100,00	100,00
SB Izola*	715	739	726	670	660	645	649	96,75	101,79	108,36
SB Jesenice	621	633	618	597	589	585	583	98,10	102,43	103,52
OB Valdoltra	301	305	306	303	298	289	284	98,69	99,67	100,99
BGP Kranj	119	129	125	121	122	122	121	92,25	103,20	103,31
B Golnik	454	459	455	466	462	450	456	98,91	100,88	97,64
OI Ljubljana	960	962	930	918	914	872	843	99,79	103,44	101,31
UKC Ljubljana	7.483	7.784	7.712	7.614	7.687	7.681	7.544	96,13	100,93	101,29
URI	497	490	488	476	492	498	497	101,43	100,41	102,52
UKC Maribor	2.987	3.023	2.973	2.919	2.884	2.848	2.875	98,81	101,68	101,85
SB Murska Sobota	910	912	910	901	946	977	917	99,78	100,22	101,00
SB Novo mesto	1.060	1.050	1.037	1.020	1.017	1.008	982	100,95	101,25	101,67
B Postojna	99	97	92	93	92	92	87	102,06	105,43	98,92
SB Ptuj	464	470	468	442	429	434	424	98,72	100,43	105,88
B Sežana	133	127	124	127	118	114	106	104,72	102,42	97,64

SB Slovenj Gradec	713	719	717	710	723	758	735	99,17	100,28	100,99
SB Nova Gorica	865	900	890	893	888	867	863	96,11	101,12	99,66
B Topolšica	227	235	227	219	224	219	203	96,60	103,52	103,65
SB Trbovlje**	284	286	279	273	274	282	270	99,30	102,51	102,20
SKUPAJ	20.954	21.421	21.144	20.825	20.866	20.759	20.396	97,82	101,31	101,53
Psihiatrična bolnišnica	Število zaposlenih iz ur							Indeks		
	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2013 / 2012	2012 / 2011	2011 / 2010
PB Idrija	200	194	186	185	191	195	193	103,09	104,30	100,54
PK Ljubljana	543	570	577	604	615	625	657	95,26	98,79	95,53
PB Ormož	152	152	150	149	148	146	145	100,00	101,33	100,67
PB Begunje	174	177	179	184	184	184	186	98,31	98,88	97,28
PB Vojnik	153	162	158	157	157	160	151	94,44	102,53	100,64
SKUPAJ	1.222	1.255	1.250	1.279	1.295	1.310	1.332	97,37	100,40	97,73
VSE BOLNIŠNICE SKUPAJ	22.176	22.676	22.394	22.104	22.161	22.069	21.728	97,80	101,26	101,31

Vir: MZ, Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP (2013)

Iz zgornje tabele je mogoče ugotoviti, da se je število zaposlenih na podlagi delovnih ur v letu 2013 pričelo zmanjševati, od leta 2007 do 2012 pa se je število zaposlenih na podlagi delovnih ur konstantno povečevalo.

V nadaljevanju je v tabeli prikazana struktura zaposlenih po delovnih mestih v vseh bolnišnicah skupaj.

Tabela 16: Število zaposlenih po delovnih mestih v vseh bolnišnicah skupaj na dan 31. 12. 2013

Struktura zaposlenih	Polni d/č	Skraj. d/č	Dopoln. delo	SKUPAJ	Od skupaj kader, ki je fina. iz drugih virov	Od skupaj nadomeščanja	Indeks SKUPAJ 2013 / 2012	RAZLIKA 2013 -2012
	1	2	3	4=1+2+3	5	6	7	8
I. ZDRAVNIKI IN ZDRAVSTVENA NEGA (A+B)	12.362	698	15	13.075	1.098	523	99,46	-71
A) Zdravniki in zobozdravniki (1+2+3)	2.984	294	15	3.293	1.038	16	99,13	-29
1. Zdravniki	2.959	253	15	3.227	1.030	15	99,26	-24
Specialist	1.889	244	15	2.148	0	8	101,85	39
zdravnik brez specializacije z licenco	2	1	0	3	0	0	60,00	-2
zdravnik brez specializacije /zdravnik po opravljenem sekundariatu	74	1	0	75	45	7	70,75	-31
Specializant	879	7	0	886	870	0	96,20	-35
pripravnik/sekundarij	115	0	0	115	115	0	104,55	5
2. Zobozdravniki	15	29	0	44	8	1	93,62	-3
Specialist	6	28	0	34	0	0	97,14	-1
Zobozdravnik	0	0	0	0	0	0	0,00	-1
zobozdravnik brez specializacije z licenco	1	0	0	1	0	1	/	1

Specializant	8	1	0	9	8	0	81,82	-2
Pripravnik	0	0	0	0	0	0	/	0
3. Zdravniki svetovalci	10	12	0	22	0	0	91,67	-2
višji svetnik	2	11	0	13	0	0	86,67	-2
Svetnik	2	0	0	2	0	0	100,00	0
Primarij	6	1	0	7	0	0	100,00	0

Vir: MZ, Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP (2013)

V nadaljevanju je v tabeli prikazano število zaposlenih na podlagi delovnih ur v zdravstvenih domovih.

Tabela 17: Število zaposlenih na podlagi delovnih ur v zdravstvenih domovih v obdobju od leta 2007 do leta 2013

Zdravstveni dom	Število zaposlenih iz ur								Indeks	
	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2013 / 2012	2012 / 2011	2011 / 2010
ZD Ajdovščina	112	111	108	109	111	108	110	100,90	102,78	99,08
ZD Brežice	85	85	82	78	78	77	78	100,00	103,66	105,13
ZD Celje	394	387	381	370	362	349	350	101,81	101,57	102,97
ZD Cerknica*	77	77	74	74	74	71	75	100,00	104,05	100,00
ZD Črnomelj	80	79	77	73	70	69	70	101,27	102,60	105,48
ZD Domžale	196	186	180	181	178	180	169	105,38	103,33	99,45
ZD Dravograd	29	28	26	27	27	29	28	103,57	107,69	96,30
ZD Gornja Radgona	102	100	98	96	95	97	102	102,00	102,04	102,08
ZD Grosuplje	87	81	80	77	77	81	80	107,41	101,25	103,90
ZD Hrastnik	46	43	43	42	43	44	46	106,98	100,00	102,38
ZD Idrija	86	86	82	81	79	81	82	100,00	104,88	101,23
ZD Ilirska Bistrica	72	74	75	75	78	82	83	97,30	98,67	100,00
ZD Ivančna Gorica	60	59	55	55	55	50	47	101,69	107,27	100,00
ZD Izola	86	85	84	90	88	88	88	101,18	101,19	93,33
ZD dr. Julija Polca Kamnik*	132	128	123	125	123	130	128	103,13	104,07	98,40
ZD Kočevje	66	66	66	62	67	62	61	100,00	100,00	106,45
ZD Koper	176	155	151	149	143	143	206	113,55	102,65	101,34
Osnovno zdravstvo Gorenjske	736	736	723	715	716	696	714	100,00	101,80	101,12
ZD Krško	129	128	127	127	125	128	126	100,78	100,79	100,00
ZD Laško	60	61	58	59	61	59	63	98,36	105,17	98,31
ZD Lenart	67	65	64	64	63	64	64	103,08	101,56	100,00
ZD Lendava	99	98	93	93	94	102	106	101,02	105,38	100,00
ZD Litija	78	74	75	76	74	72	71	105,41	98,67	98,68
ZD Ljubljana	1.353	1.343	1.298	1.287	1.285	1.281	1.249	100,74	103,47	100,85
ZD Ljutomer	75	73	76	77	87	81	80	102,74	96,05	98,70
ZD Logatec*	65	67	62	60	60	51	55	97,01	108,06	103,33
ZD dr. Adolfa Drolca Maribor	820	821	821	860	876	872	886	99,88	100,00	95,47
ZD Metlika	41	38	36	32	36	35	30	107,89	105,56	112,50
Zgornjesavinjski ZD Mozirje	60	55	56	58	55	47	47	109,09	98,21	96,55
ZD Murska Sobota	262	252	254	259	272	278	281	103,97	99,21	98,07
ZD - Osnovno varstvo NG	235	228	220	223	227	231	230	103,07	103,64	98,65
ZD Novo mesto**	258	255	242	237	231	231	246	101,18	105,37	102,11
ZD Ormož	90	85	79	73	72	74	84	105,88	107,59	108,22
ZD Piran	42	45	43	46	46	46	45	93,33	104,65	93,48
ZD Postojna	73	69	69	69	68	66	66	105,80	100,00	100,00
Javni zavod ZD Ptuj	197	194	195	200	205	212	208	101,55	99,49	97,50
ZD Radeče	20	20	20	21	19	19	20	100,00	100,00	95,24
ZD Radlje ob Dravi	52	50	46	45	48	45	68	104,00	108,70	102,22
Zdravstveno reševalni center Koroške	49	51	52	50	49	48	47	96,08	98,08	104,00
ZD Ravne na Koroškem	117	119	117	122	122	123	120	98,32	101,71	95,90

ZD dr. Janeza Oražma Ribnica	78	81	81	81	81	71	71	96,30	100,00	100,00
ZD Sevnica	69	63	60	54	53	54	59	109,52	105,00	111,11
ZD Sežana	114	111	111	111	115	110	104	102,70	100,00	100,00
ZD Slovenj Gradec	69	71	72	70	69	64	65	97,18	98,61	102,86
ZD Slovenska Bistrica	96	93	88	82	82	83	82	103,23	105,68	107,32
ZD Slovenske Konjice	59	61	59	55	56	47	59	96,72	103,39	107,27
ZD Šentjur	50	49	43	36	35	34	38	102,04	113,95	119,44
ZD Šmarje pri Jelšah	101	99	102	93	93	108	114	102,02	97,06	109,68
ZD Tolmin	114	113	113	111	113	111	111	100,88	100,00	101,80
ZD Trbovlje	122	116	114	117	114	112	113	105,17	101,75	97,44
ZD Trebnje	91	84	83	81	78	82	81	108,33	101,20	102,47
ZD Velenje	289	287	276	278	275	265	260	100,70	103,99	99,28
ZD Vrhnika	48	41	40	41	40	34	33	117,07	102,50	97,56
ZD Zagorje ob Savi	60	58	57	59	60	58	59	103,45	101,75	96,61
ZD dr. Jožeta Potrate Žalec	77	72	66	65	66	67	73	106,94	109,09	101,54
ZD zobozdravstveno varstvo NG	74	72	71	76	74	79	81	102,78	101,41	93,42
ZD Medvode	57	55	53	52	54	54	53	103,64	103,77	101,92
SKUPAJ	8.432	8.283	8.100	8.079	8.097	8.035	8.165	101,80	102,26	100,26

*ZD Cerkljica je v letu 2009 poročal, da je imel 73 zaposlenih na podlagi delovnih ur, v letu 2010 je poročal, da je imel v letu 2009 74 zaposlenih na podlagi delovnih ur. ZD Kamnik je v letu 2009 poročal, da je imel 125 zaposlenih na podlagi delovnih ur, v letu 2010 je poročal o 123 zaposlenih v letu 2009. ZD Logatec je v letu 2009 poročal, da je imel 51 zaposlenih na podlagi delovnih ur, v letu 2010 pa je za obdobje 2009 poročal o 60 zaposlenih.

**ZD Novo mesto je v letu 2010 poročal o 235 zaposlenih iz delovnih ur, v letu 2011 pa za leto 2010 poročal o 237 zaposlenih iz delovnih ur.

Vir: MZ, Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP (2013)

Iz zgornje tabele je mogoče ugotoviti, da je bilo v zdravstvenih domovih zaposlenih 8.432 delavcev na podlagi delovnih ur, v predhodnem letu pa 8.283, kar pomeni 1,80-odstotno povečanje števila zaposlenih delavcev na podlagi delovnih ur oziroma 149 delavcev več. V letu 2013 je znašala povprečna izplačana mesečna bruto plača na zaposlenega delavca na podlagi delovnih ur v vseh zdravstvenih domovih 1.947 EUR in je bila za 0,69 % višja glede na predhodno leto.

4.2.2 ZAPOSLOVANJE ZDRAVNIKOV IZ TRETJIH DRŽAV V LETU 2011

Zakon o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist iz leta 2010 naj bi uvedel bistvene novosti predpisa s področja priznavanja poklicnih kvalifikacij. Pereč problem pomanjkanja zdravnikov in zato tudi slabšega dostopa do 24-urnega zdravstvenega varstva v Sloveniji naj bi z uveljavitvijo Zakona o priznavanju poklicnih kvalifikacij (Ur. list RS, št. 107, 2010) odpravili.

Zakon o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist naj bi skrajšal in poenostavil postopke za pridobitev poklicnih kvalifikacij zdravnikov, ki so pridobili izobrazbo v tretjih državah.

V Sloveniji naj bi leta 2010 po oceni Ministrstva za zdravje primanjkovalo najmanj 500 zdravnikov specialistov, skoraj 200 (več kot pol toliko) pa je zdravnikov tujcev iz tretjih držav, ki so leta 2010 čakali na ustrezna dovoljenja za delo pri nas. Čakale so jih številne ovire na področju priznavanja izobraževanja, na področju opravljanja pripravništva in strokovnega izpita, pa tudi ovire na področju priznanja specializacije, opravljene v tujini, in pridobitve licence, ki postopek zavlečejo tudi na tri leta. (PZPPK, 2010)

Sprejeti zakon naj bi tako poenotil merila in skrajšal čas, hkrati pa prinesel tudi več varovalk, ki bi poskrbele, da ne bi tujci v Sloveniji zgolj opravili pripravništva ali specializacije, nato pa se zaposlili kje drugje. Pripravništvo se jim je sicer tako kot slovenskim državljanom finančno krilo iz sredstev ZZZS, vendar so zavezani, da opravljajo svoje delo najmanj za obdobje treh let ali pa vrnejo denar. Stroške postopka morajo kriti sami oziroma njihovi bodoči delodajalci. Zakon prav tako določa, da morajo imeti tuji zdravniki v trenutku, ko začnejo delati samostojno, potrdilo o znanju slovenskega jezika. (PZPPK, 2010)

S sprejetim zakonom je Slovenija prehitela tako imenovano modro direktivo EU, ki se je nanašala na postopek priznavanja poklicnih kvalifikacij, pridobljenih v tretjih državah. Direktivo je bilo tako potrebno v pravni red članic EU prenesti do 18. junija 2011, da bi Slovenija s predčasnim sprejetjem zakona lahko privabila specialiste, ki jih nujno potrebuje in bi se morda po tem datumu odločili za zaposlitev v kateri drugi državi. Zakon naj bi prinesel v zdravstveni sistem, državljanom RS in drugim deležnikom skrajšane postopke priznavanja poklicnih kvalifikacij zdravnikov iz tretjih držav in olajšano možnost zaposlitve v Republiki Sloveniji, kar naj bi pomenilo lažje zagotavljanje 24-urnega zdravstvenega varstva. Navedeno naj bi preprečilo destabilizacijo zdravstvenega sistema, ki bi lahko nastala ob ponovnem doslednem umiku soglasij za dodatno nadurno delo zdravnikov. (PZPPK, 2010)

4.2.3 ONEMOGOČENO ZAPOSLOVANJE MLADIH ZDRAVNIKOV V LETU 2013

Zdravstveni sistem v Sloveniji se sooča s tem, da mladi zdravniki po opravljenem strokovnem izpitu ne dobijo specializacije in nimajo možnosti za delo. Zaradi varčevalnih ukrepov še bolj skrbi dejstvo, da zdravniki po opravljenem specialističnem izpitu ne dobijo zaposlitve in so primorani iskati zaposlitev v tujini zaradi eksistenčnih razlogov.

Če ne bo zelo hitro prišlo do sistemskih rešitev omenjenih težav, nam grozi, da bomo izgubili eno ali dve generaciji mladih zdravnikov, kar srednjeročno pomeni razpad zdravstvenega sistema zaradi pomanjkanja nosilcev dejavnosti.

Ključni pomanjkljivosti sistema sta načrtovanje in vodenje na vseh nivojih, 32 tisoč zaposlenih v zdravstvenem sistemu dela malo po svoje, dobre prakse se ne prenašajo. Podatki o produktivnosti zaposlenih so zelo različni, nimamo vpeljanih standardov in normativov dela, bolnišnice in zdravstveni domovi obremenjenosti po kadrih (osebah) ne spremljajo, meritev in objektivnih podatkov ni, o pomanjkanju posameznih profilov govorimo na pamet.

Ocene kažejo, da je trenutno v sistemu specializacij vključenih približno 1.300 zdravnikov (brez zadnjega razpisa specializacij Zdravniške zbornice); zaposlitev za vse ni zagotovljena.

Trenutno je v Sloveniji približno 330 zdravnikov z opravljenim strokovnim izpitom; razpisanih je bilo 208 mest za posamezne specializacije; posledično bo vsaj 120 zdravnikov brez možnosti za zaposlitev. Ob morebitnem scenariju (zaradi varčevalnih ukrepov) izostanka jesenskega nacionalnega razpisa specializacij je konec leta 2013

pričakovati vsaj 300 zdravnikov z opravljenim strokovnim izpitom brez možnosti zaposlitve.

Napovedi za leti 2014 in 2015 so zelo tvegane in ne ravno optimistične; upoštevati moramo dejstvo, da se je vpis na študij medicine povečal, tako da je leta 2003 medicino študiralo 1.119 študentov in diplomiralo 163, leta 2011 pa je bilo študentov že 1.894 (skoraj 70 % več) in diplomiralo jih je 206.

Ob vsem tem se soočamo z dejstvom, da se je število zdravnikov v bolnišnicah v devetih letih povečalo za 17,4 %. V istem obdobju se je v osnovnem zdravstvu povečalo le za 8,7 %, se pravi le za polovico rasti števila zdravnikov v bolnišnicah.

Videti je, da osnovno zdravstvo ni bilo deležno prav velikega deleža novih zdravnikov, kar se dejansko odraža v pomanjkanju specialistov družinske medicine in posledični preobremenjenosti le-teh. (Iniciativa zdravnikov, 2014)

5 PRIMERJALNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V DRŽAVAH EU

H6: Visoki izdatki za zdravstvo v nekaterih državah EU niso jamstvo za nizko čakalno dobo.

H7: Zdravstvene reforme na Danskem in v Avstriji sledijo cilju finančne vzdržnosti in kakovosti zdravstvenega sistema.

5.1 IZDATKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO

Zdravje je najpomembnejše za življenje ljudi, zato ga je treba podpirati z učinkovitimi politikami in ukrepi v državah članicah EU. Države članice nosijo glavno odgovornost za zdravstveno politiko in zagotavljanje zdravstvenega varstva evropskim državljanom.

Demografske spremembe, tudi staranje prebivalstva, povzročajo spremembe bolezenskih vzorcev in pritisk na vzdržnost zdravstvenih sistemov EU. Podpora zdravemu staranju pomeni spodbujanje zdravja skozi celotno življenjsko obdobje, da se preprečujejo zdravstveni problemi in nezmožnost zaradi zgodnje starosti ter odpravljajo neenakosti v zdravju zaradi socialnih, gospodarskih in okoljskih dejavnikov.

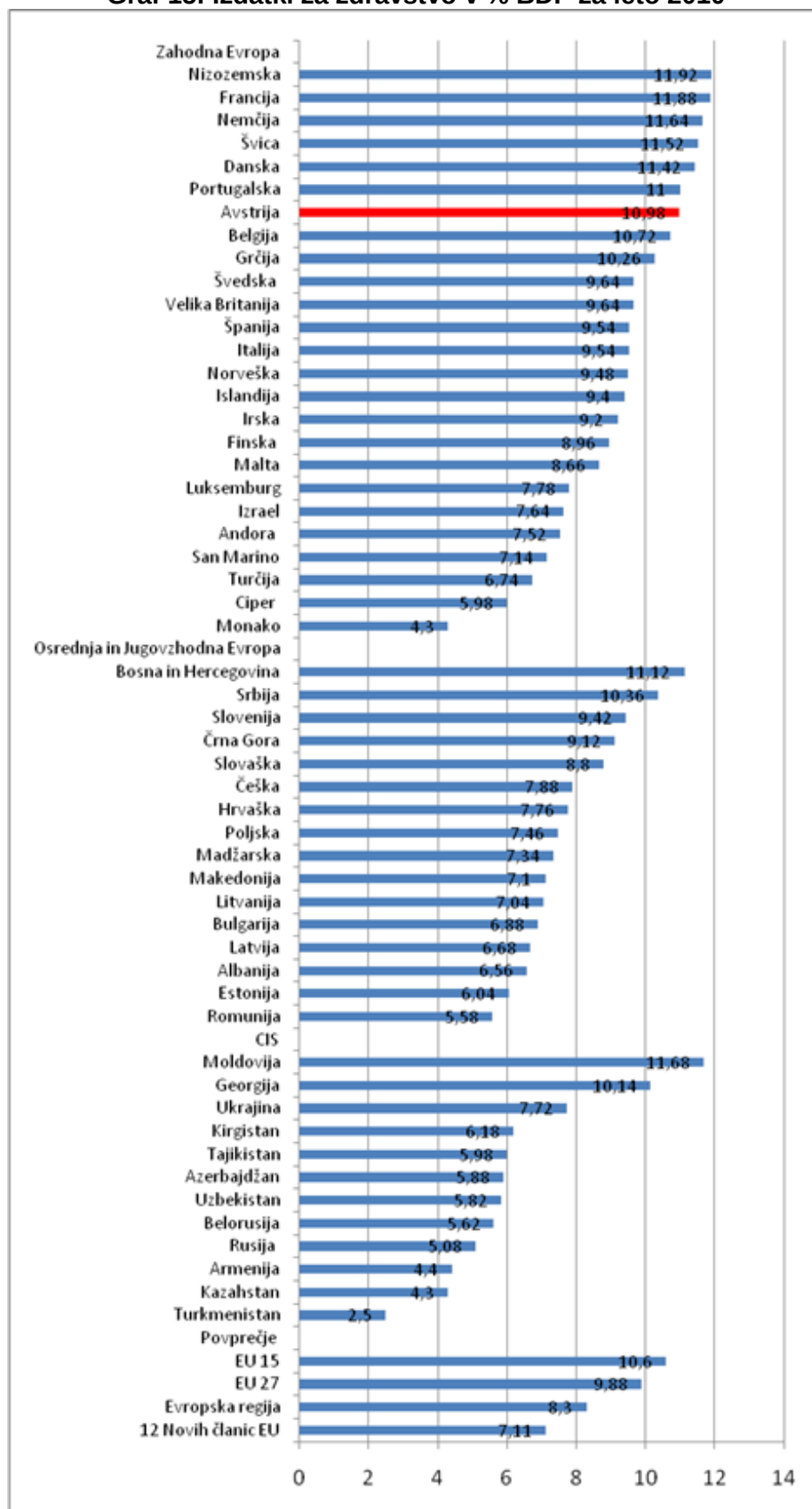
V zadnjih letih so sistemi zdravstvene oskrbe močno napredovali, delno zaradi naglega razvoja novih tehnologij, ki so korenito spremenile način spodbujanja zdravja, napovedovanja, preprečevanja in zdravljenja bolezni. Mednje spadajo informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT), inovacije v genomiki, biotehnologija in nanotehnologija. To je povezano z blaginjo, splošnim strateškim ciljem Komisije, ki zajema zagotavljanje konkurenčne in trajnostne prihodnosti za Evropo. (Evropska komisija, Bela knjiga, 2007, str. 3)

5.1.1 STROŠKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO

Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo se bistveno razlikujejo med državami EU v letu 2011. Kot je razvidno iz naslednjega grafa je delež tekočih izdatkov za zdravstvo v šestih

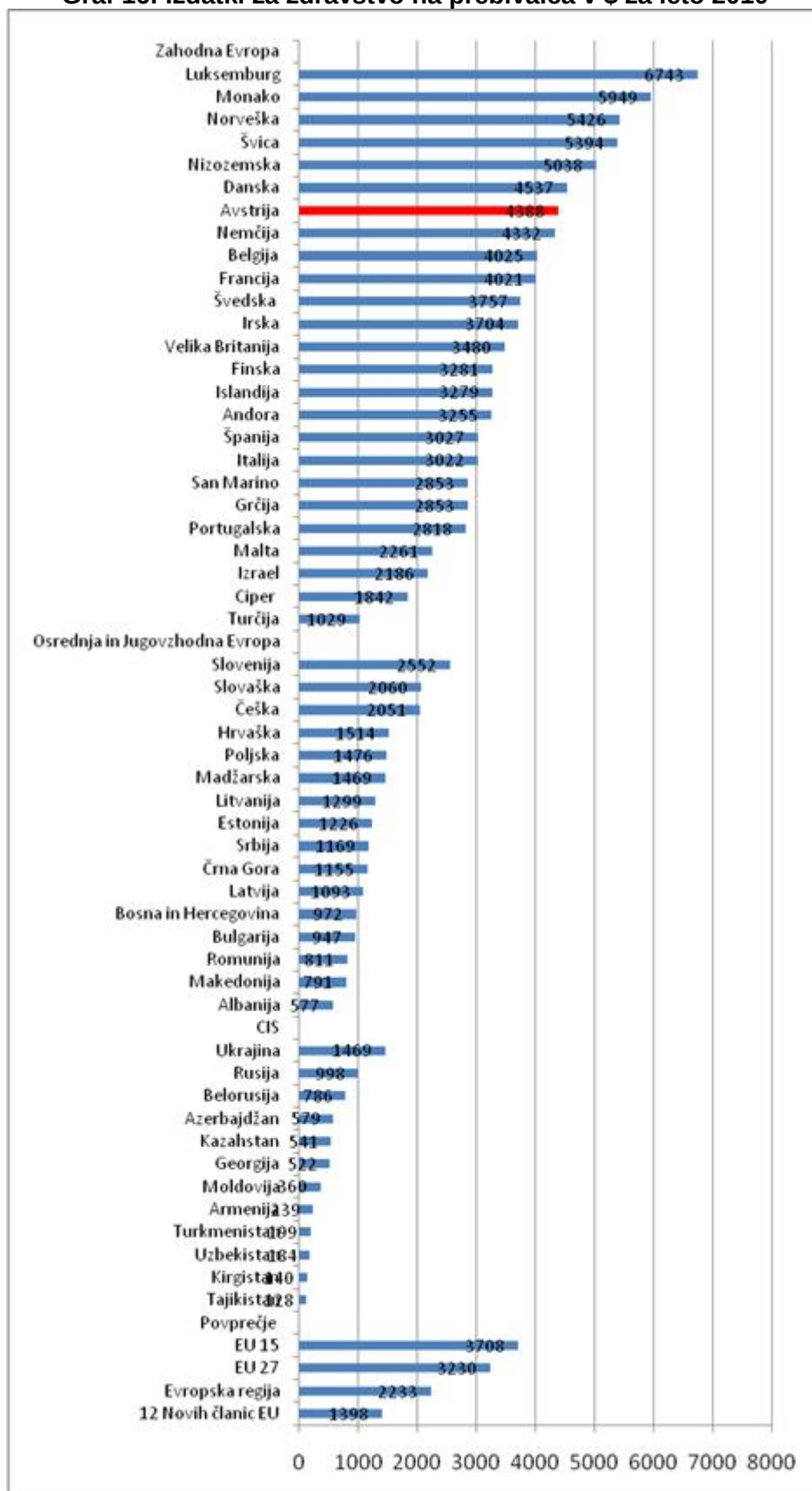
državah članicah EU (Franciji, na Nizozemskem, v Nemčiji, na Danskem, v Belgiji in Avstriji) presegele 10,0 % bruto domačega proizvoda (BDP). Izdatki za zdravstvo v BDP, zabeleženi na Cipru, v Estoniji in Romuniji, pa so vsi pod 6,0 % BDP. Neskladje je še večje, kar je razvidno, če primerjamo stopnjo skupne (javne in zasebne) trenutne porabe za zdravstveno varstvo na prebivalca, ki se giba od 947 \$ v Bolgariji do 6.743 \$ v Luksemburgu. (Eurostat, Healthcare statistics, 2011)

Graf 15: Izdatki za zdravstvo v % BDP za leto 2010



Vir: HSPM, Denmark, Health expenditure (2014)

Graf 16: Izdatki za zdravstvo na prebivalca v \$ za leto 2010



Vir: HSPM, Denmark, Health expenditure (2014)

5.2 NIZOZEMSKI ZDRAVSTVENI SISTEM IN ČAKALNE DOBE

Glede na podatek, da je na Nizozemskem delež tekočih izdatkov za zdravstvo presegel 11 % BDP, je kot primer z najvišjim izdatkom v % BDP v EU dober primer za analizo hipoteze, če so visoki izdatki za zdravstvo v nekaterih državah EU jamstvo za nizko čakalno dobo.

Pred več kot desetletjem so bile čakalne dobe za bolnišnično oskrbo na Nizozemskem najkrajše med vsemi državami, vključenimi v prejšnji primerjalni študiji OECD o čakalnih dobah. Vendar pa so o tej študiji poročali, da so bile na Nizozemskem čakalne dobe bolj kot ne politično vprašanje, čeprav so imeli več povprečne čakalne dobe za operacije.

V letu 2000 so bile čakalne dobe visoko na dnevnem redu v nizozemski politiki in so povzročile glavne spremembe v bolnišničnem financiranju. Ta sprememba je vplivala na znatno zmanjšanje čakalnih dob, ki so bile še dodatno znižane po večji zdravstveni reformi na Nizozemskem v letu 2006.

Nizozemski oblikovalci politike so zdaj predvsem zaskrbljeni zaradi hitre rasti izdatkov za zdravstveno varstvo. Do leta 2015 naj bi se plačilni sistemi za bolnišnice in specialiste ponovno reformirali. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 184)

5.2.1 GLAVNE ZNAČILNOSTI

Od leta 1990 je nizozemski sistem zdravstvenega varstva v procesu tranzicije. Z uvedbo Zakona o zdravstvenem zavarovanju (HIA) v letu 2006 se je za vse nizozemske državljane obvezno osnovno zdravstveno zavarovanje ločilo od zasebnega zdravstvenega zavarovanja. Ljudje so se lahko svobodno odločali med zdravstvenimi zavarovalnicami, ki so dolžne sprejemati vse prošilce, ne glede na njihov individualni profil tveganja.

Pričakovane razlike v individualnih izdatkih za zdravstveno varstvo so izenačili s pomočjo sistema za izravnavo tveganja. Osnovna ideja temelji na konkurenčnem modelu, da potrošniki vršijo pritisk na zdravstvene zavarovalnice, slednje pa zagotavljajo dobre storitve in učinkovitejšo oskrbo po razumni ceni. Dejansko naj bi HIA privedla do močne cenovne konkurence med zdravstvenimi zavarovalnicami. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 184)

Družinsko oziroma splošno medicino na Nizozemskem izvajajo zdravniki zasebniki skoraj izključno. To je namreč že dolgoletna tradicija. V zadnjem času so se zdravniki odločili, da bodo postopoma ukinili splošno in neomejeno dostopnost ter so pričeli organizirati in urejati neprekinjeno zdravstveno varstvo na podoben način, kot je to v Sloveniji urejeno v Ljubljani, Kranju, Celju in še kje ("SNMP"). Problem take organizacije je večji v manjših krajih in na podeželju, saj je s tem zdravnik slabše dostopen, javni prevoz ni vedno na voljo, poleg tega pa je na Nizozemskem uvedena tudi participacija za posamezen obisk, ki znaša približno 25 EUR za obisk v rednih ordinacijskih urah in skoraj 80 EUR v dežurni službi. Zakaj so se zdravniki sploh odločili za takšno potezo? Približno polovica vseh zdravnikov družinske medicine dela v samostojnih praksah in druga polovica v takih, v katerih sta vsaj dva zdravnika. Tak način dela je postal precej naporen in težaven,

posebno v velikih mestih z veliko socialnimi problemi ter z veliko obrobniimi skupinami prebivalstva. (Albreht, 2005)

5.2.1.2 Bolnišnice

Bolnišnice na Nizozemskem so neodvisne in delujejo po naročilu zdravstvene zavarovalnice. Zdravstvenim zavarovalnicam je dovoljeno skleniti pogodbe z bolnišnicami selektivno, vendar so v praksi do danes skoraj vse bolnišnice sklenile pogodbe. V letu 2011 je bilo na Nizozemskem 94 bolnišnic in 8 univerzitetnih medicinskih centrov. V letu 2009 je bilo 4,66 postelj v bolnišnicah na 1.000 prebivalcev. Za rutinsko oskrbo (npr. katarakta, operacija kolena in kolka) v zadnjem desetletju narašča število ustanovljenih samostojnih specializiranih klinik. V letu 2012 je bilo okoli 150 klinik, ki so imele od medicinske specialistične pomoči skupni tržni delež v višini 2,3 %. Nov sistem bolnišničnega nagrajevanja za plačilo bolnišnic je bil uveden februarja 2005 (DBCS »Diagnostic Behandeling Combinaties System«). Za večino DBCS (seznam DBCS) so bolnišnice v okviru kolektivne pogodbe prejele fiksni znesek za obdelan primer. Vendar pa se je od leta 2008 prosto oblikovanje cen postopoma razširilo iz približno 10 % odhodkov v bolnišnici na približno 20 %, na približno 34 % v letu 2009 in na približno 70 % v letu 2012. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 184)

5.2.1.3 Zdravnikovi prejemki

Na Nizozemskem je bilo v letu 2009 na 1.000 prebivalcev 0,72 zdravnika. Skoraj polovica zdravnikov specialistov, ki delajo v bolnišnicah, so samozaposleni podjetniki (predvsem kot člani partnerstva – "Maatschap"). V letu 2008 je bilo njihovo nadomestilo spremenjeno iz pavšalnih plačil na bolnišnico v plačilo na DBC, ki je v bistvu plačilni sistem, ki temelji na odhodku. To jim daje veliko močnejše spodbude, da zagotovijo več (ali dražje) storitev. Dohodek za samozaposlene specialiste je bil 6,49-kratnik povprečne plače v letu 2009, medtem ko je plačan specialist zaslužil veliko manj, in sicer 2,96-kratnik povprečne plače. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 184)

5.2.1.4 Univerzalno obvezno zasebno zdravstveno zavarovanje

V letu 2000 je Nizozemska sprejela vrsto reform zdravstvenega varstva, zasnovane tako, da so se s centralnega nadzora premaknili na bolj tržni sistem. Reforma je bila osredotočena na uvedbo obveznega zasebnega zdravstvenega zavarovanja s tveganjem izravnalne sheme, da bi se preprečila negativna selekcija, pri čemer ima zdravstvena zavarovalnica vlogo kupcev zdravstvenih storitev. Reforma je uspešno uvedla konkurenco na premije med zdravstvenimi zavarovalnicami, kjer imajo največje štiri zavarovalnice tržni delež več kot 90 %. V letu 2012 pa se je na Nizozemskem sprejelo tudi obvezno doplačilo za osnovno zdravstveno zavarovanje pri bolnišnični obravnavi, in sicer v višini 220 evrov. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 184)

5.2.1.5 Kirurška dejavnost

Iz spodnje tabele je razvidno, da je pri številnih postopkih Nizozemska doživela velik premik od hospitaliziranih bolnikov do enodnevnih primerov operacij med letoma 2000 in 2009 za kirurških posege. Zamenjava kolena in perkutana koronarna intervencija sta imeli najvišjo stopnjo rasti (149,2 % in 69 %). (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 186)

Tabela 18: Primerjava operativnih posegov na 100.000 prebivalcev med letoma 2000 in 2009

Operativni posegi	2000	2009	% primerjava sprememb operativnih posegov v letih 2000 in 2009
operacija sive mreže			
bolnišnični primeri	95,4	11,9	-87,5
dnevni primeri	457,9	867,7	89,5
tonzilektomija z ali brez adenoidektomije			
bolnišnični primeri	92,7	77	-17
dnevni primeri		163,7	7,1
perkutan koronarni posegi PTCA in opornice; bolnišnični primeri	100,7 (2001)	170,1	69
koronarni bypass ; bolnišnični primeri	59,5	57,6	-3,2
apendektomija; bolnišnični primeri	94,3	99	4,9
holecistektomija			
bolnišnični primeri	110,4	143,1	29,6
dnevni primeri	1,4	7	400
laparoskopska holecistektomija			
bolnišnični primeri	82	125,8	53,4
dnevni primeri	1,4	7	400
dimeljske in stegnenične kile			
bolnišnični primeri	123,3	59	-52,1
dnevni primeri	60	125,8	109,7
artoplastika kolka	167,1	213,3	27,6
artoplastika kolena	51,2	127,6	149,2

Vir: OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector (2013, str. 186)

5.2.1.6 Izdatki za zdravstvo

Skupna poraba za zdravje je leta 2010 na Nizozemskem znašala 12,0 % BDP in je druga najvišja med državami OECD in precej nad povprečjem OECD, ki je 9,5 %. Višja od povprečja izdatkov za zdravstvo je predvsem posledica relativno visokih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Nizozemska se uvršča tudi precej nad povprečje OECD v pogojih zdravstvene porabe na prebivalca, s porabo 5056 USD v letu 2010, v primerjavi s povprečjem OECD, ki znaša 3.268 USD. To je četrta najvišja poraba med državami OECD. Poraba za zdravje se je povečevala med letoma 2000 in 2009, in sicer na leto v

povprečju za 6,0%, vendar pa se je ta stopnja rasti upočasnila v letu 2010 na 2,5 %. V letu 2010 je bila 85,7 % sedanje porabe v zdravstvu financirana iz javnih virov, kar je precej nad povprečjem OECD, ki znaša 72,2 %. Število zdravnikov na prebivalca je bilo v letu 2009 na Nizozemskem 2,9 na 1.000 prebivalcev, kar je nekoliko manj od povprečja OECD, ki je 3,1. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 187)

5.2.1.7 Usmerjenost k skladom o čakalnih seznamih

Po letu 1995 je bilo na Nizozemskem izrazito javno nezadovoljstvo zaradi rastočih čakalnih dob. V letu 1997 je vlada uvedla posebno subvencijo za zmanjšanje čakalne dobe, ki so jo imenovali Sklad o čakalnih seznamih. Ta subvencija je bila začasna rešitev v letih 1998 in 1999. Ugotavlja se, da v treh zaporednih letih ciljna subvencija za zmanjšanje čakalne dobe ni imela večjega vpliva na čakalne sezname. Čeprav so se povečale bolnišnične obravnave, se je hkrati povečalo tudi povpraševanje po slednjem. Slabost ciljnih subvencij je bila v tem, da so imele bolnišnice na voljo instrument spodbude za povečanje čakalnih seznamov, s čimer so lahko sezname prirejali in posledično dobili več subvencij. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 189)

5.2.1.8 Sprejemljive čakalne dobe

Pomembno vprašanje, ki se je izpostavilo v javni razpravi o zdravstveni negi, je bilo vprašanje o mnenju o sprejemljivih čakalnih dobah. V letu 2000 se je Nacionalno združenje bolnišnic, specialistov in zdravstvenih zavarovalnic dogovorilo za sprejemljive čakalne dobe za različne vrste bolnišnične oskrbe, znane kot "Treek norm". Največja sprejemljiva čakalna doba:

- za prvi obisk bolnišnice, ambulantne klinike je bila določena na štiri tedne (80 % v treh tednih);
- za (dopolnilno) diagnostiko in zdravstvene preglede štiri tedne (80 % v treh tednih);
- za bolnika (enodnevni primer) šest tednov (80 % v štirih tednih);
- in za bolnišnično zdravljenje sedem tednov (80 % v petih tednih).

Čeprav določitev normativov za najvišje dovoljene čakalne dobe ni imela jasnih temeljev, so bili pa splošno sprejeti v nizozemski družbi, vključno z vladnimi in bolnikovimi zagovorniški skupinami. Do danes se te norme še vedno uporabljajo kot merilo nizozemskega zdravstvenega organa (NZA) v letnih vrednotenjih čakalnih dob v zdravstvu. Prav tako delujejo kot neformalne smernice za zdravnike. Leta 2001 je nizozemska vlada menila, da je uvedba najdaljše čakalne dobe jamstvo za bolnišnično oskrbo. To jamstvo pa ni bilo uvedeno iz najmanj treh razlogov, in sicer:

- povečanja birokracije v sistemu zdravstvenega varstva,
- povečanja administrativnih bremen za bolnišnice in
- drage operacionalizacije.

Na prelomu stoletja so čakalne dobe za različne bolnišnične obravnave bistveno presegle sprejemljive čakalne dobe v bolnišnicah, kar je razvidno iz spodnje tabele. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 189)

Nizozemska vlada je v bolnišnični dejavnosti odpravila omejitev števila medicinskih strokovnih položajev v bolnišnicah. Posledica radikalnih sprememb v plačilnem sistemu je bila povečana ponudba zdravnikov in zdravstvenega osebja v bolnišnicah, bistveno pa so se zmanjšale tudi čakalne dobe (glej spodnjo tabelo). (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, The Netherlands, 2013, str. 189)

Tabela 22: Povprečni čas čakanja v nizozemskih bolnišnicah od l. 2000 do 2003

Tip bolnišnične obravnave pacienta	2000	2001	2002	2003	Spremembe 2000–2003
bolnišnična obravnava s prenočitvijo	8,8	6,7	5,8	5,5	-38
ambulantna obravnava brez prenočitve	6,4	5,7	5,2	5,1	-20

Vir: OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector (2013, str. 190)

V nadaljevanju so v tabeli prikazani skoraj vsi kirurški posegi v primerjavi z letom 2000. Čakalne dobe so se zmanjšale za približno 50 % v letu 2006 in od takrat so se tudi postopno zniževale. Od leta 2001 do 2007 se je število sprejemov na 1.000 prebivalcev povečalo v povprečju za 3 % na leto za bolnišnično oskrbo in za 9 % za dnevno varstvo. Od leta 2007 do 2010 se je povprečna letna rast sprejemov še povečala za skoraj 4 %, medtem ko je rast v dnevnem zdravljenju nekoliko popustila, na približno 7,5 % na leto. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 190)

Tabela 19: Čakalne vrste pacientov v tednih za kirurške posege v nizozemskih bolnišnicah od leta 2000 do 2011

Kirurški posegi	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011
operacija sive mreže	16	7	7	6	5	5	5
operacija krčnih žil	15	7	6	5	5	5	4
zamenjava kolka	14	8	8	8	8	7	6
dimeljske in femoralne kile	11	5	4	4	5	5	5
Holecistektomija	10	4	4	4	5	5	5
Histerektomija	9	5	5	5	5	5	5
Prostatektomija	9	5	5	5	5	5	5
PTCA	3	2	2	3	3	3	2
CABG	-	4	5	5	4	3	4

Vir: OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector (2013, str. 191)

Povprečna dolžina bivanja za bolnišnično obravnavo se je zmanjšala s približno 7 dni v letu 2006 na 5,5 dni v letu 2009. Število bolnišničnih dni se je tako zmanjšalo kljub rasti števila bolnišničnih sprejemov. Med obdobjem 2003 do 2009 se je bolnišnična produktivnost, izmerjena kot število zdravljenih bolnikov na enoto vložka, po nekaterih ocenah povečala za 15 %, kar je precejšen delež. Iz slednjega je bilo tako mogoče sklepati, da odprava proračunske kapice ni bila učinkovit način za zmanjšanje čakalnih seznamov, glede na to, da sta od desetih diagnostičnih kategorij iz zgornje tabele, z najmočnejšo rastjo bolnišnične obravnave, samo dve kategoriji povezani z dolgoročno

čakalno dobo. Poleg tega naj bi bila v porastu močna rast čakalnih dob v nedoločenih diagnostičnih kategorijah.

Uvedba bolnišničnih finančnih sredstev po dejavnostih je bila po mnenju nizozemske vlade le začasna rešitev za zmanjšanje čakalnih seznamov. Zaradi omejene spodbude za učinkovitost ter pomanjkanja izravnalne moči od zdravstvenih zavarovalnic se je povečala nujnost celovite in temeljne zdravstvene reforme. Kot del uvedbe upravljanja s konkurenco na Nizozemskem je v februarju 2005 bolnišnicam in zavarovalnicam bilo dovoljeno, da se pogajajo za ceno, količino in kakovost številnih rutinskih bolnišničnih storitev, kot sta operacija katarakte in zamenjava kolka. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 191)

5.2.1.9 Plačila na podlagi dejavnosti zdravnikov specialistov – DTC

Od leta 2005 dalje zdravniki specialisti prejemajo fiksno plačilo za storitve, vključene v B-segmentu DTC (»Diagnostic Treatment Combination«), ki so prosto prenosljive med bolnišnicami in zdravstvenimi zavarovalnicami. Letni dohodek samozaposlenih zdravnikov specialistov je bil v celoti na podlagi dejavnosti, s katerimi so se ustvarjale močne spodbude za povečanje produktivnosti. Rezultat je bil povečanje dohodkov zdravnikov specialistov in tudi bistveno povečanje produktivnosti bolnišnične obravnave.

Po uvedbi novega sistema zdravstvenega varstva v letu 2006 so se čakalne dobe pričele spremljati kot del letnega pregleda bolnišničnega trga. Da bi se zagotovile zanesljivejšje informacije glede čakalnih dob v bolnišnicah na Nizozemskem, so leta 2009 postale obvezne za register nizozemskih bolnišnic, v katerem so redno objavljene povprečne pričakovane čakalne dobe za ambulantno klinično diagnostiko in zdravljenje z uporabo enotne opredelitve in standardne metode merjenja. Primerjalne informacije o čakalnih dobah so bile tako na voljo zdravstvenim zavarovalnicam in tudi pacientom na zdravstvenem portalu (www.KiesBeter.nl), ki pomeni boljšo izbiro. Večja preglednost nad stanjem čakalnih dob bi jim tako morala omogočiti premišljeno izbiro med ponujenimi bolnišničnimi storitvami. Zdravstvene zavarovalnice so vse aktivnejše v pomoči svojim zavarovancem pri iskanju čim hitrejšega zdravljenja. Slednje so uvedle storitev posredovanja seznama čakalnih dob in aktivnega iskanja bolnišnic z najkrajšimi čakalnimi dobami. V letu 2009 so na Nizozemskem zdravstvene zavarovalnice trdile, da so po storitvah, ki so jih zavarovalnice ponujale, zmanjšali čakalne dobe za približno 47.000 ljudi v povprečju od enega do dveh mesecev. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 192)

5.2.1.10 Nujnost vodenja seznamov čakalnih dob na Nizozemskem

Od leta 2009 se na Nizozemskem zahteva, da bolnišnice in prostostoječe klinike mesečno objavljajo informacije o čakalnih dobah. Cilj takšnega ukrepa je, da se potrošnikom zagotovijo informacije o dejanski čakalni dobi.

Informacija o bolnikovi izbiri bolnišnice še ni bila ocenjena neposredno, vendar pa izkušnje kažejo, da bolniki bolj verjetno izberejo bolnišnice s podpovprečno čakalno dobo. Upad čakalnih dob na Nizozemskem gre pripisati uvajanju reforme v letu 2006. Povprečni čas čakanja za skoraj vse kirurške posege v nizozemskih bolnišnicah v letu 2011 ni

presegel pet tednov, kar je bistveno nižje od maksimalno določenih šestih ali sedmih tednov za bolnišnično zdravljenje, kar je bilo dogovorjeno med bolnišnicami in zdravstvenimi zavarovalnicami kot družbeno sprejemljivo (program "Treek norme").

Posredniške storitve zdravstvenih zavarovalnic ljudem omogočajo, da se lahko obrnejo na svojo zavarovalnico po telefonu ali elektronski pošti in zaprosijo za čas čakanja na medicino. V roku enega do treh delovnih dni zdravstvena zavarovalnica obvesti vlagatelja, v vmesnem času pa razišče in oceni, ali so alternativne bolnišnice sposobne zagotoviti ustrezno zdravljenje. Nekatere zavarovalnice se potem dogovorijo za njihova zavarovanja, vendar jih večina le obvesti o možnih opcijah.

V letu 2010 je Združenje nizozemskih potrošnikov izvedlo raziskavo med vsemi desetimi zdravstvenimi zavarovalnicami o lastnostih in učinkih svojih čakalnih seznamov na storitev medicinske. Rezultati so bili objavljeni novembra 2011 na njihovi spletni strani in v njihovi mesečni reviji. V letu 2010 so bili zaradi storitve medicinske v stiku z okoli 84.000 ljudmi, od katerih jih je 38.000 dejansko uporabilo ponujene storitve. Sedem zdravstvenih zavarovalnic je poročalo o precejšnjem zmanjšanju čakalnih dob (dve majhni zdravstveni zavarovalnici ne beležita teh informacij, ena majhna zdravstvena zavarovalnica se ni odzvala na anketo). Čakalne dobe, ki so se zmanjšale za več obravnav, so prikazane v spodnji tabeli. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 193)

5.2.1.11 Prihodnja zdravstvena politika na Nizozemskem (2012–2015)

Od leta 2012 do 2015 naj bi se plačilni sistemi za bolnišnice in strokovnjake temeljito preoblikovali. Nizozemski oblikovalci politike so zdaj predvsem zaskrbljeni zaradi hitre rasti izdatkov za zdravstveno varstvo v kombinaciji z bolnišnicami (plačilo specialistom), ki povzročijo spodbude za dodatno produktivnost. Od leta 2007 do 2010 so izdatki za bolnišnice rasli v povprečju za 3 do 4 % letno realno in 6 do 7 % nominalno.

Namen sedanjih reform je obdržati povečane spodbude za učinkovitost bolnišnične oskrbe znotraj proračunskih omejitev. Poleg tega so vlada, nacionalna združenja splošnih bolnišnic, akademske bolnišnice, klinike prostostojećih in zdravstvenih zavarovalnic sklenili prostovoljni sporazum o zmanjšanju skupne rasti odhodkov v bolnišnicah za 2,5 % na leto v obdobju od 2012 do 2015.

Zmanjšanje čakalnih dob naj ne bi bilo več pomembno politično vprašanje na Nizozemskem, saj prihodnje reforme v zdravstvu naj ne bi bile usmerjene v zmanjševanje čakalnih dob. Prepričani so tudi, da ima sprejemanje reform lahko vpliv na spodbude na ravni produktivnosti in tako tudi učinek na čakalne dobe. Reforma plačilnega bolnišničnega sistema vključuje uvedbo prostega oblikovanja cen za približno 70 % bolnišničnih storitev do leta 2012 (podvojitev v primerjavi z letom 2011) in reguliranje cen za preostalih 30 % (namesto sistema »budgeting«). Poleg tega bodo plačila za samozaposlenega zdravnika specialista v celoti vključena v ceno DTC leta 2015. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 195)

5.2.1.12 Prejemki zdravnikov specialistov v prehodnem obdobju

V prehodnem obdobju (2012–2014), je bil vzpostavljen makro proračun za plačilo zdravnikov specialistov. Iz tega makro proračuna se bodo plačila izvajala za vsako

posamezno bolnišnico, tako da bo fiksni proračun, ki se določi z Ministrstvom za zdravje Nizozemske, namenjen za povračilo samozaposlenim zdravnikom specialistom. Če se v bolnišnici izvajajo bolj strokovne službe, kot jih proračun predvideva, so potrebna tudi doplačila. V prehodnem obdobju se lahko preprečijo te spodbude za bolnišnično obravnavo več storitev iz razlogov, ker se povečujejo čakalni seznam.

V kombinaciji z zelo prostim določanjem cen bolnišničnih storitev in celovito uvedbo financiranja na podlagi dejavnosti se bolnišnicam zagotavljajo močne spodbude v smeri dviga cen in povečanja storitev. Glede tega je vlada uvedla dva dodatna ukrepa: (1) spodbude zdravstvenim zavarovalnicam, da se intenzivno pogajajo z bolnišnicami v zvezi s ceno storitve in (2) s spremembo je vlada ustvarila možnost uporabe "makroproračunskega instrumenta" zagotoviti, da skupni izdatki za bolnišnico na letni osnovi ne presegajo predhodnega makroproračuna, ki ga določi vlada. Če skupni prihodki v vseh bolnišnicah presegajo proračun, morajo vrniti presežek prihodkov v sorazmerju z njihovimi nacionalnimi tržnimi deleži. V nasprotju s prejšnjim sistemom posameznega bolnišničnega proračuna to pomeni, da prihodki bolnišnic niso odvisni le od lastnega delovanja, temveč tudi od delovanja drugih bolnišnic. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 196)

5.3 ANALIZA REFORM ZRAVSTVENIH SISTEMOV DANSKE IN AVSTRIJE

5.3.1 DANSKI ZDRAVSTVENI SISTEM

5.3.1.1 Glavne značilnosti

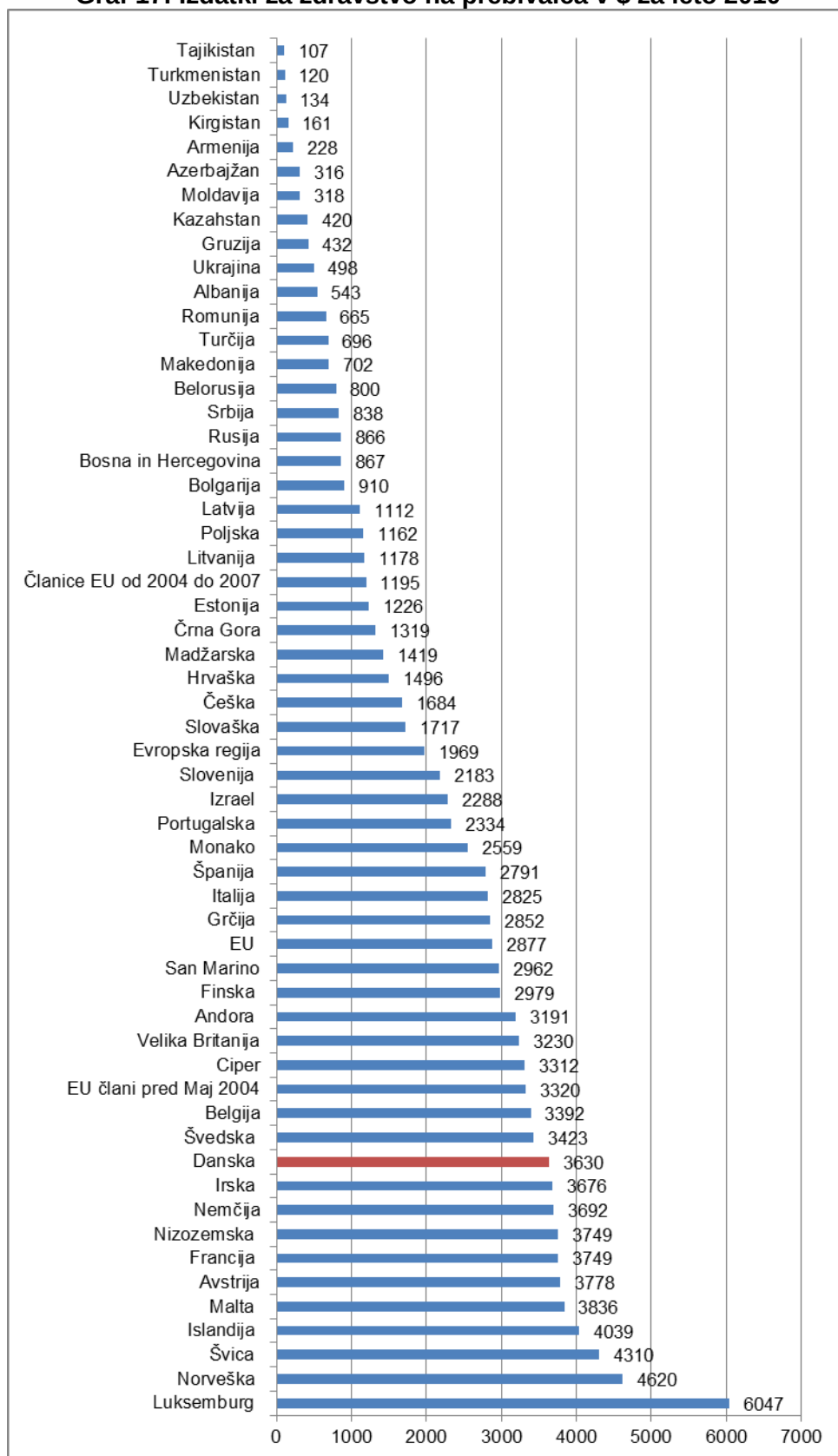
Osnovna struktura danskega sistema zdravstvenega varstva je decentraliziran javen integriran sistem, ki temelji na davčnem financiranju in univerzalni pokritosti. Organiziran je na treh ravneh: državni, regionalni in občinski. Od leta 2007 je Danska razdeljena na 5 regij in 98 občin. Vsako regijo vodi lokalno izvoljeni odbor politikov, katerega glavna naloga je načrtovanje regionalnega sistema zdravstvenega varstva, vključno z javnimi bolnišnicami in tudi splošno prakso. Na občinski ravni se vključujejo v preventivo, rehabilitacijo, nego za starejše in programe s kroničnimi boleznimi ter zdravljenje alkoholizma in zasvojenosti z drogami. Osnovno zdravstveno varstvo izvajajo splošni zdravniki (SZ) za večino danskih državljanov s splošnimi zdravniki, ki delujejo kot vratarji v bolnišnicah, in specialisti v zasebni praksi zunaj bolnišnice. Pogodbe splošnih zdravnikov določajo pristojbine in pogoje za opravljanje zdravstvenih storitev, ki se vsako drugo leto usklajujejo na nacionalni ravni. Vsi državljani imajo dostop do zdravstvenih storitev preko sistema davkov financiranja za javno zdravstveno varstvo, ki se vodi po regijah. 99 % prebivalstva se je odločilo za članstvo v sistemu za varovanje zdravja z brezplačnim dostopom do zdravnikov.

Medtem ko je dostop do zdravnikov za javne bolnišnične storitve in specialistično zdravljenje po predložitvi napotnice splošnega zdravnika brezplačen, obstajajo doplačila za uporabo farmacevtskih izdelkov, zobozdravstva, fizioterapije in medicinskih pripomočkov. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 116)

5.3.1.2 Izdatki za zdravstvo

Celotni izdatki za zdravstvo, kot odstotek BDP, so trenutno nekoliko nad ravnjo EU-15 in povprečjem OECD (9,5 %), vendar še vedno pod ravnjo Francije in Nemčije. V obdobju od 2003 do 2010 se je delež povečal z 9,5 % BDP na 11,1 %, medtem ko se je javni delež celotne porabe povečal iz 84,5 % na 85,1 %. Danska se uvršča tudi nad povprečje OECD v zdravstveni porabi na prebivalca s porabo 3.630 USD v letu 2010 v primerjavi s povprečjem OECD, 3.268 USD. Zdravstvena poraba na Danskem se je realno povečala za 3,6 % na leto v povprečju med letoma 2000 in 2009, vendar se je zmanjšala za 1,6 %. V letu 2010 so v številnih drugih državah OECD doživeli izrazito upočasnitev ali zmanjšanje izdatkov za zdravstvo. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 119)

Graf 17: Izdatki za zdravstvo na prebivalca v \$ za leto 2010



Vir: HSPM, Denmark, Health expenditure (2014)

5.3.1.3 Javno in zasebno zdravstveno varstvo

Večina bolnišnic je v lasti regij. V letu 2010 je bilo skupno 19.405 bolniških postelj (3,5 na 1.000 prebivalcev), od katerih jih je 95 % v javni lasti. Poleg tega, da imajo sistem javnega zdravstva, se izvaja zdravniška dejavnost tudi zasebno. Le majhen del bolnišničnega sektorja obstaja, ki je izključno v zasebni lasti in nekaj jih je, ki delujejo kot neprofitne bolnišnice in so pretežno v lasti organizacij bolnikov ter služijo kot specializirane bolnišnice. V letu 2010 je bilo 468 postelj v neprofitnih bolnišnicah in 401 postelja v neprofitnih bolnišnicah v zasebni lasti.

Dejavnost neprofitnih bolnišnic je sestavljena v veliki meri iz kirurških posegov in radioloških preiskav. Prihodek od prodaje storitev v komercialnih bolnišnicah se je hitro povečeval (v relativnem smislu) v zadnjem desetletju, ko je dosegel najvišjo vrednost 2 % vseh bolnišničnih storitev v letu 2010. Število zasebnih bolnišnic in klinik se je na Danskem v obdobju 2006–10 povečalo s 175 na 249. Bolnišnične storitve in število ležišč v komercialnih bolnišnicah se je od leta 2009 zmanjšalo zaradi zmanjšane plačila in številnih zakonskih sprememb.

Javne bolnišnice so bile tradicionalno večinoma financirane z nepovratnimi sredstvi. V letu 2002 se je na ravni okrožij oblikovala shema za javne bolnišnice z namenom spodbuditi bolnišnično dejavnost in povračila sredstev na podlagi že izvedenih dejavnosti (ABR) – "Shema za javne bolnišnice". V letu 2007 se je nadaljevalo na ravni regij, in sicer s sprejemom Pravilnika o plačilu posameznih bolnišnic v zadnjem desetletju in večjim poudarkom na ABR z namenom povečanja bolnišnične dejavnosti. Po letu 2002 so se bolnišnice financirale 90 % iz globalnega proračuna in 10 % ABR, ki je bil odvisen od bolnišnične dejavnosti. Leta 2004 se je razmerje financiranja bolnišnic spremenilo na 80/20 in v letu 2007 na 50/50. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 116)

5.3.1.4 Zasebno zdravstveno zavarovanje in zasebne bolnišnice

Medtem ko je bil obstoj dodatnega zasebnega zdravstvenega zavarovanja nepomemben pred letom 2002, je od takrat dodatno zasebno zavarovanje v vzponu, med drugim tudi zaradi uvedbe ugodnejše davčne obravnave za upravičence iz tega zavarovanja. Ugodnejše davčno zavarovanje je bilo pogojeno z delodajalci, ki so ponujali zavarovanje za vse svoje zaposlene. Vendar pa je bila ugodnejša davčna obravnava odpravljena z novo vlado v letu 2012, ko je bilo ocenjeno, da se je število delodajalcev, ki so plačali zdravstveno zavarovanje zavarovancem v letu 2011, povečalo za 1,1 milijon od manj kot 100.000 v letu 2002 (iz populacije 5,5 milijona).

V letu 2010 je bilo v neprofitnih zasebnih bolnišnicah približno 2 % vseh bolnišničnih ležišč. V obdobju 2006 do 2010 se je število izpustov iz zasebnih bolnišnic povečalo za 94 %, obiski pacientov za 156 % in operacije za 128 %, medtem ko so za javne bolnišnice ustrezni podatki 10 %, 15 % in 15 %. Opozoriti je treba, da zasebne bolnišnice še vedno opravijo le majhen del celotnih storitev, njihova glavna dejavnost pa so kirurški posegi. Le v desetih zasebnih bolnišnicah je bilo v letu 2010 več kot 1.000 izpustov. Precejšen del povečanih dejavnosti v zasebnem sektorju je posledica razširjene svobodne izbire. V letu 2009 je bilo 31 % vseh bolnikov, ki so se odločili za razširjeno svobodno izbiro. Od vseh

operacij, ki se izvajajo na zasebnih bolnišnicah, jih regije plačajo 64 %, medtem ko je 25 % operacij plačanih iz zasebnega zavarovanja in 11 % takih, ki jih neposredno plačujejo bolniki. Radiološke preiskave so se v zasebnih bolnišnicah povečale za štirikrat v letih od 2006 do 2010. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 127)

5.3.1.5 Prejemki zdravstvenega osebja

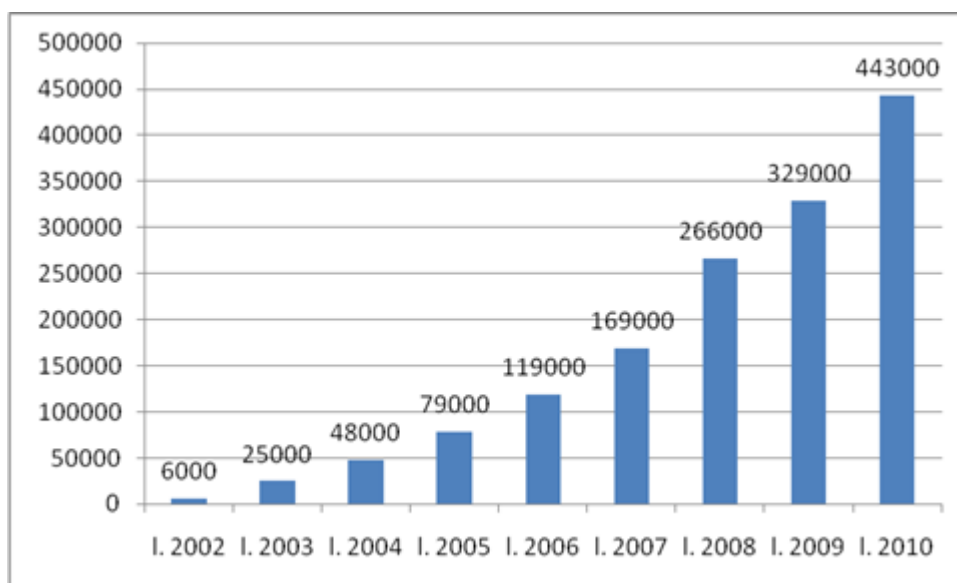
Prejemki bolnišničnega osebja temeljijo na podlagi pogodb s fiksno plačo. Strokovnjaki v splošni praksi in drugi strokovnjaki izvajajo svoje delo kot samostojni podjetniki, ki delajo na pogodbeni osnovi za regijo. Strokovnjakom, ki delajo v javnih bolnišnicah, je načeloma dovoljeno, da izvajajo tudi zasebno prakso zunaj običajnega delovnega časa in v skladu z dogovorjenim številom ur. Lokalni sporazumi, ki so odvisni od posameznih regij, omogočajo specialistom, da za zdravljenje zasebnih bolnikov najamejo objekte v javnih bolnišnicah. Ni zakona, ki bi prepovedoval zdravnikom specialistom izvajanje kirurških posegov zasebnim bolnikom v javnih bolnišnicah, kjer so tudi redno zaposleni. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013)

5.3.1.6 Prosta izbira bolnišnice in zagotovljena čakalna doba

Številne politike od sredine 1990 so bile usmerjene v krepitev spodbud za zmanjšanje čakalnih dob za zdravljenje in povečanje odzivnosti z uvedbo konkurence med javnimi bolnišnicami in zasebnimi izvajalci. Zakon o svobodni izbiri bolnišnice za bolnike je bil uveden leta 1993. Bolniki naj bi tako lahko izbirali med vsemi javnimi bolnišnicami na Danskem in nekaterimi zasebnimi neprofitnimi bolnišnicami z enako stopnjo specializacije. "Razširjena svobodna izbira" v kombinaciji s čakalnim časom garancije je bila uvedena leta 2002 in vključuje vrsto zasebnih objektov in naprav (MR itd.).

Čakajočim je bilo jamstvo skrajšano iz dveh mesecev na en mesec, in sicer od 1. oktobra 2007. Od svoje ustanovitve je v letu 2010 več kot 440.000 bolnikov, ki uporabljajo svojo pravico, da se obravnavajo v zasebnih bolnišnicah in klinikah. Velik porast števila bolnikov, ki uporabljajo razširjeno prosto izbiro, je razviden iz spodnje tabele. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

Graf 18: Skupno število uporabnikov »Prosta izbira bolnišnice«, 2002–2010



Vir: HSPM, Denmark, Principal health reforms (2014)

Čeprav so razlike v čakalnih dobah v Evropi velike, se uporaba priložnosti »Prosta izbira bolnišnice« odraža v kratkih čakalnih dobah na Danskem.

Bolniki, ki so napoteni v bolnišnico na zdravljenje, so tako imeli možnost izbire med bolnišnicami tudi zunaj svoje regije. Skupaj s to možnostjo so bolniki prejeli izmerjeni čas čakalne dobe, ki je največ tri mesece. Najprej je bila prosta izbira med javnim in zasebnim bolnišnicami sprva omejena na bolnike z rakom, težavami s srcem, sivo mreno in bolečinami v kolenu ter kolku. V letu 2000 se je prosta izbira razširila na življenjsko nevarne bolezni (rak dojke in nekatere bolezni srca). Do leta 2002 se je poudarjal ciljni čas čakanja dva meseca, do leta 2007 štiri tedne, neodvisno od tipa bolezni ali resnosti.

Razširjena prosta izbira bolnišnice pomeni tudi izbiro bolnišnic razširiti na zasebne in tudi javne bolnišnice. Ta sistem pomeni, da če bolnišnica, ki je bolnika napotila na bolnišnično zdravljenje, kjer se predvidevajo večje čakalne dobe, mora dati bolniku možnost, da izbere drugo javno ali zasebno bolnišnico ali kliniko, in sicer na javne stroške. To je lahko znotraj ali zunaj Danske, pod pogojem, da ima združenje danskih regij sporazum z bolnišnico ali kliniko.

Bolnišnica napoti bolnika v drugo bolnišnico le v primeru, če je čakalna doba v napoteni bolnišnici krajša kot v regionalni bolnišnici, v nasprotnem primeru napotitev v drugo bolnišnico ni dovoljena.

Razširjena prosta izbira je zakonita v smislu, da ima pacient pravico do izbire, vendar ni nobenega jamstva, da se lahko pacient dejansko sam odloči, kajti to je odvisno od razpoložljivosti zdravljenja, ki je bilo ponujeno, od časa čakanja pri zasebnih ponudnikih, ki je krajši od časa v javnih bolnišnicah. Strošek zdravljenja zunaj regije, kjer bolnik uradno prebiva, krije regija, kjer ima stalno prebivališče. Če matična regija pacientu ni sposobna nuditi zdravljenja v določeni maksimalni čakalni dobi, mora regija ponuditi zdravljenje v drugi bolnišnici, ki je bodisi javna ali zasebna, na Danskem ali v tujini.

Razširjena svobodna izbira pa je bila zaradi dolgotrajne stavke med bolnišničnim osebjem v letih 2008 in 2009 začasno prekinjena. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

Število bolnikov, ki so uporabljali komercialne zasebne bolnišnice, se je povečalo z 2 % vseh bolnikov v letu 2006 na 4,2 % v letu 2008, vključno z bolniki, ki so bili zdravljeni v zasebnih bolnišnicah v skladu s pogodbo o oddajanju. Medtem ko se je ta številka začasno zmanjšala v letu 2009 zaradi odložitve svobodne izbire, se je v letu 2010 spet povečala na 4,8 %. V absolutnem smislu se je število povečalo s 6.000 v letu 2002 na seštevek 328.000 v času 2002–09. Približno 35.000 jih je mogoče pripisati izrednemu povpraševanju v letu 2008 zaradi bolnišnične stavke. Obstajajo utemeljeni razlogi za domnevo, da razširjena prosta izbira ni imela želenega učinka na čakalne dobe, kot je bilo to pričakovati.

V letu 2011 je nova politična opcija predlagala spremembo obstoječega pravila (največ 30 dni čakanja pred začetkom zdravljenja) s pravilom, da so javne bolnišnice dolžne postaviti diagnozo v roku štirih tednov, čemur sledi najdaljša čakalna doba za zdravljenje od enega do dveh mesecev, odvisno od zdravniške ocene stopnje nujnosti primera. Če regionalna bolnišnica ne more postaviti diagnoze v štirih tednih, bi bolnik imel pravico, da se prestavi v bolnišnico, ki je v drugi regiji, ali v zasebno bolnišnico. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 123)

5.3.1.7 Sistematično spremljanje in poročanje o čakalnih dobah

Čakalne dobe v vseh javnih bolnišnicah (z nekaj izjemami) so spremljali že od leta 1993. Poročali so o pričakovani čakalni dobi, ki jih je trenutno za 23 izbranih področij zdravljenja (glej spodnjo tabelo) v centralno bazo podatkov, ki jih je zbiral Nacionalni odbor za zdravje. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 120)

Tabela 20: Problematična področja zdravja, kjer se predvideva povečana čakalna doba na Danskem

alergije	Medicina
splošno in nedoločeno	možgani in živčevje
mišično-skeletna bolečina	ledvice in urinarni trakt
Prsi	plastična operacija
otroci	mentalno – otroci in mladostniki
prebavni organi	mentalno – odrasli
ginekologija, nosečnost in porodništvo	bolečine v hrbtenici
srce in ožilje	rentgen in ultrazvočno skeniranje
koža	zobje, usta in čeljust
Rak	oftalmologija
dihalni organi	otorinolaringologija
moške genitalije	

Vir: OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector (2013, str. 120)

Nacionalni odbor za zdravje zagotavlja analize in poročila o čakalnih vrstah iz registrov podatkov. Bolniki lahko iščejo informacije o pričakovanih čakalnih dobah na lahko dostopnem vladnem zdravstvenem portalu. Informacije so podane v dnevih in kažejo največjo pričakovano čakalno dobo za bolnike z nezapletenimi zdravstvenimi težavami.

Bolnišnice morajo redno poročati o svojih pričakovanih čakalnih dobah v centralno zbirko podatkov. Podatki so javno dostopni na spletni strani, ki se običajno posodablja vsak mesec. To spremljanje je pomemben del politike podpiranja svobodne izbire bolnikov in povečanja odgovornosti bolnišnic.

Čakalne dobe na Danskem so strmo upadle v letu 2002 in ostale nespremenjene do leta 2008. V letu 2010 pa so ponovno dosegli nekdanji vrh, ki je znašal približno 20 tednov.

Politika zmanjševanja čakalnih dob na Danskem vključuje predpise (Pravila za najdaljše čakalne dobe pred predhodnim pregledom ali zdravljenjem) o najdaljših čakalnih dobah za zdravljenja in tudi za zdravljenje akutnih zdravstvenih težav, ki so opredeljene kot življenjsko nevarna stanja.

Druge politike, ki so prav tako namenjene predvsem skrajšanju čakalnih dob, dajejo bolnišnicam gospodarske spodbude za povečanje aktivnosti.

Različne finančne in strukturne spremembe, kot so povečanje proračunov za zdravstveno nego, povečanje zasebnega zavarovanja, nadomestilo na podlagi dejavnosti bolnišnic, je mogoče razumeti tudi kot politiko, ki je posredno usmerjena k zmanjšanju čakalnih dob.

Sedanji nabor politike čakalnih dob lahko razumemo kot vrhunec postopnega razvoja skozi vse večje spremembe, kar je značilnost danske politike zdravstvenega varstva na splošno. Te postopne spremembe v politiki so bile narejene z zaporednimi vladami z različnimi političnimi usmeritvami. Medtem ko je ena politika uvedla najdaljšo dopustno čakalno dobo, je druga politika spremenila najdaljšo nameravano čakalno dobo, ki je povezana s prosto izbiro bolnišnice, vključno z zasebnimi bolnišnicami. (OECD, Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013, str. 120)

5.3.1.8 Danski inštitut za kakovost in akreditacijo

V letu 2002 so se nacionalni in regionalni organi dogovorili za izvajanje nacionalnega modela za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu. Glavni sestavni deli modela so razvoj standardov in kazalniki za merjenje. Standardi in kazalniki so namenjeni podpori notranjega zagotavljanja kakovosti, analize in zunanje akreditacije. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

Danski inštitut za kakovost in akreditacijo v zdravstvu je bil ustanovljen leta 2005 in upravlja DDKM, ki je bil ustanovljen v letu 2009. DDKM temelji na načelu akreditacije in vsebuje:

- 104 standarde za področje regionalnega zdravstvenega varstva (tj. bolnišnice),
- 52 standardov za lokalno zdravstvo,
- 53 standardov za predbolnišnično obravnavo,
- 42 standardov za lekarne. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

Standardi so razdeljeni v tri kategorije, in sicer na:

- organizacijske standarde, kot so kakovost, upravljanje s tveganji, higiena in zaposlovanje,
- standarde v zvezi z nego usklajevanja, kot so vključevanje pacientov, napotnic in varno uporabo zdravil,

- standarde za posamezne bolezni, kot so smernice za zdravljenje sladkorne bolezni, kapi itd. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

Danski inštitut za kakovost in akreditacijo v zdravstvu je akreditirana organizacija Mednarodnega združenja za kakovost v zdravstvu, ki zagotavlja akreditacijo za standarde. Standardi za lokalni zdravstveni sektor so bili odobreni v januarju 2011. Glede na bolnišnični sektor, kjer so bile prve danske bolnišnice že akreditirane, se pričakuje nadaljevanje postopka akreditacije na ravni regij, kjer je potrebno približno 50 zasebnim bolnišnicam, s sporazumom z regijami v zvezi z "razširjeno svobodne izbire« opraviti akreditacijo. Tudi standardi za pred bolnišnično obravnavo so že bili odobreni v februarju 2011. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

5.3.2 AVSTRIJSKI ZDRAVSTVENI SISTEM

5.3.2.1 Glavne značilnosti

Avstrijski sistem zdravstvenega varstva je bil oblikovan v svojem razvoju že od sredine devetnajstega stoletja in je sestavljen iz treh pomembnih institucionalnih značilnosti:

- kompetence zdravstvenega sistema so razdeljene na zvezno in regionalno raven ("Länder");
- visoka stopnja prenosa odgovornosti na samoupravne organe;
- mešanica modela financiranja, kjer država in socialno zdravstveno zavarovanje prispevata skoraj enak delež. Preskrbljenost prebivalcev z objekti upravljanja sistema zdravstvenega varstva je v pristojnosti države. Sistem zdravstvenega varstva je 75 % financiran s prispevki za socialno zavarovanje in iz obdavčitve, medtem ko je preostalih 25 % zagotovljenih iz zasebnih virov (uporabnine in neposredna plačila; zasebno zdravstveno zavarovanje; nepridobitne organizacije: zdravstvene ustanove, ki jih je država ponudila zasebni nepridobitni organizaciji, kot tudi posameznikom, ki delujejo samostojno).

Zvezni ustavni zakon določa, da je odgovornost za ureditev področja zdravstvenega sistema v pristojnosti zvezne vlade. Vendar pa je tu pomembna izjema bolnišnični sektor, za katerega so le osnovne zahteve opredeljene na zvezni ravni, medtem ko je regionalna raven odgovorna za specifično in izvajanje zakonodaje. Na regionalni ravni – deželi, morajo zagotoviti zadostno bolnišnično zmogljivost za bolnišnično oskrbo. V vsaki deželi je sklad za regionalno zdravje, ki prejema sredstva iz zveznih organov, deželnih in socialno-varstvenih ustanov.

Regionalni zdravstveni skladi so odgovorni za izvajanje zveznih smernic in uporabljajo razpoložljiva sredstva za financiranje bolnišnične oskrbe. Poleg tega ima vsaka dežela lastno regionalno zdravstveno osnovo in upravni organ sklada za regionalno zdravje, v katerem sta dežela in socialna varnost enako zastopana, kakor tudi zvezni organi in druge ustrezne interesne skupine: občinski organi, zbornica zdravnikov, bolnišnice itd. (HSPM, Austria, Organization and governance, 2014)

5.3.2.2 Izdatki za zdravstvo

Celotni izdatki za zdravstvo so v Avstriji v letu 2010 znašali 31,4 bio € ali približno 3.750 €

na prebivalca. Teh izdatkov je bilo več kot v EU-15 (v državah članicah, ki so se EU pridružile pred letom 2004). V povprečju so ti izdatki znašali približno 11 % BDP (povprečje EU-15 pa je bilo 10,6 %).

Davki in prispevki za socialno zavarovanje so v celotnih izdatkih znašali 77,5 %, kar je nekoliko nad povprečjem EU-15 (77,3 %). V letu 2010 so bili skladi za socialno zavarovanje najpomembnejši vir financiranja, kar predstavlja približno 52 % (13,3 bio €) tekočih izdatkov za zdravstvo in 0,7 % (28.900.000 €) izdatkov za dolgotrajno oskrbo. V letu 2011 je bilo 99,9 % avstrijskega prebivalstva zdravstveno zavarovanega. Članstvo zdravstvenega zavarovanja "Shema" se določi glede na kraj stalnega prebivališča (ASVG) in/ali pripadnost poklicu (CSVG / BSVG), tako da ni konkurence med skladi. Prispevki za socialno zavarovanje se določijo na zvezni ravni, in sicer v parlamentu. V zadnjih letih so znašali 7,65 % dohodka za večino prebivalstva.

Vsaka oseba, ki je zavarovana v Skladu za socialno zavarovanje, ima pravno upravičenost do socialnih prejemkov v naravi in denarju, kar je opredeljeno tudi v zakonu. Razpon

storitev je širok, vendar pa uporabo storitev pogosto spremlja uporabnina, razen izjem, ki izhajajo iz naslova socialne nezmožnosti (npr. oprostitve plačila stroškov za zdravila). Vodilno načelo v ozadju zdravstvenega sistema je, da mora biti zagotavljanje zdravljenja zadostno in ustrezno. Poleg storitev, ki jih zahteva zakon zdravstvenega zavarovanja, skladi zagotavljajo različne zneske prostovoljnih zdravstvenih storitev. Zasebno zdravstveno zavarovanje sredstev se financira za približno 4,7 % tekočih odhodkov v skupni višini pretežno prek dodatnih zavarovalnih shem, ki zajemajo predvsem storitve v bolnišnicah ("hotelske storitve" in pravica do proste izbire zdravnika v bolnišnici). Gospodinjstva naj bi prispevala skoraj 17 % denarnega toka – "out of pocket" plačil. Posamezniki z nizkimi dohodki ali posamezniki s kroničnimi boleznimi so oproščeni pristojbin na recept in drugih podobnih dajatev. Spodnja tabela prikazuje gibanje izdatkov za zdravstvo po izračunih na podlagi standardov OECD SHA. Celotni izdatki za zdravstvo so v letu 2010 znašali 31,4 bio €, kar znaša 76,2 % financiranja iz javnih sredstev. Med letoma 1995 in 2010 so se odhodki za zdravje kot delež BDP povečali z 9,6 % na 11,0%. Deleži zasebnih izdatkov pa so se zmanjšali s 26,5 % v letu 1995 na 23,8 % v letu 2010. Med letoma 1995 in 2010 se je delež javne porabe zmanjšal za 3,8 odstotne točke, medtem ko se je poraba za zdravje kot delež celotne javne porabe povečal za 1,6 odstotne točke, iz 13,9 % v letu 1995 na 15,5 % v letu 2010, kar kaže na vedno večji pomen zdravstvenega sektorja v javni porabi. (HSPM, Austria, Financing, 2014)

Tabela 21: Razvoj celotnih izdatkov za zdravstvo v Avstriji, 1995–2010 (izbrana leta)

Vrsta izdatkov za zdravstvo	1995	2000	2005	2010
izdatki za zdravstvo na prebivalca v US \$	2256	2898	3505	4396
sprememba v %	-	28,4	20,9	25,4
bruto domači produkt na prebivalca v US \$	23548	28909	33637	40017
sprememba v %	-	22,8	16,4	19
izdatki za zdravstvo v % BDP	9,6	10	10,4	11
izdatki za javno zdravje v % BDP	7	7,6	7,8	8,4
skupni izdatki za zdravstvo v mio EUR	16748	20898	25551	31438

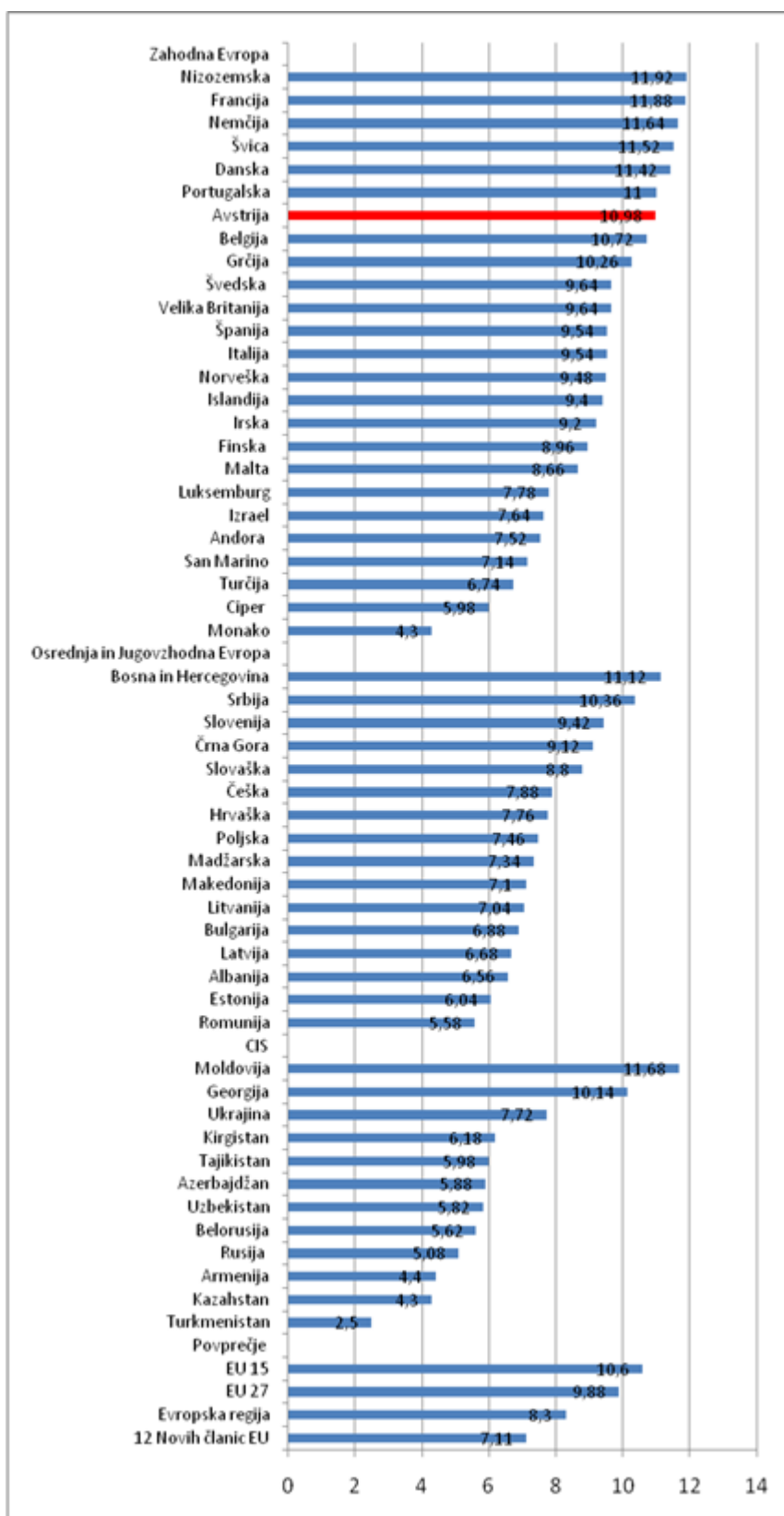
delež javnih izdatkov za zdravstvo v % od celotnih izdatkov za zdravstvo	73,5	75,6	75,3	76,2
delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v % od celotnih izdatkov za zdravstvo	26,5	24,4	24,7	23,8
plačilo iz "žepa" v % od celotnih izdatkov za zdravstvo	15,2	15,3	16,8	15,9
letna stopnja rasti skupnih izdatkov za zdravstvo za vsako 5-letno obdobje	5,6	1,3	2,4	2,8
letna stopnja rasti realnega BDP za vsako 5-letno obdobje	2,8	0,4	1,6	1,7
kupni javni izdatki v % BDP	56,3	51,9	50	52,5
delež javnih izdatkov za zdravstvo v celotnih javnih izdatkih	13,9	16,1	15,3	15,5

Vir: HSPM, Austria, Financing (2014)

Primerjava stopenj izdatkov za zdravstvo je kompleksna, še zlasti, ker se metode izračuna še vedno razlikujejo med državami, kljub dejstvu, da se za 23 od 34 držav OECD izračuni izdatkov za zdravstvo v celoti izvajajo na podlagi mednarodnega standarda SHA OECD. Avstrijski podatki se od baze podatkov Svetovne zdravstvene organizacije občasno razlikujejo od podatkov, sporočenih v podatkovne baze OECD. V letu 2010 je delež BDP, namenjen za zdravstvo, znašal skoraj 11 %, kar je precej nad povprečjem EU-15 (10,6 %), vendar še vedno pod deležem porabe v Franciji, Nemčiji in Švici. Stopnja odhodkov se v vseh državah povečuje, znatno povečanje se je beležilo v letih gospodarske upočasnitve ali celo recesije (kot se je zgodilo v letu 2009).

Izdatki za zdravstvo kot delež BDP v Avstriji so skoraj za 1 odstotno točko nižji kot izdatki v Franciji in na Nizozemskem (11,9 % v obeh primerih). Vendar pa je poraba na prebivalca, ki je prilagojena na razliko v kupni moči za Avstrijo, zelo visoka in znaša 4.388 US \$; v EU je presežena le v Luksemburgu, na Nizozemskem in Danskem (US \$ 4.021). To kaže, da je poraba zdravstvenih storitev v Avstriji visoka. Če primerjamo javni delež celotnih izdatkov za zdravstvo v različnih državah, je Avstrija na sredini med zahodnoevropskimi narodi s 77,5 %, torej tik nad povprečjem EU-15 (77,3 %). (HSPM, Austria, Financing, 2014)

Graf 19: Izdatki za zdravstvo v % BDP za leto 2010



Vir: HSPM, Austria, Financing (2014)

Sestava celotnih izdatkov za zdravstvo

V letu 2010 je poraba za bolnišnično oskrbo predstavljala nekaj manj kot 43 % celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo, kar je precej višje od povprečja v državah OECD. Izdatki vključuje bolnišnične (vključno z dnevno kliniko) stroške za bolnišnice in tudi bolnišnične stroške za rehabilitacijo v domovih za ostarele in velnes objekte.

Za celotne tekoče izdatke za zdravstvo se šteje 26 % za ambulantno oskrbo in 17 %, porabljenih za farmacevtske in medicinske izdelke. Medtem ko so se izdatki za bolnišnično oskrbo povečali za 1,2 odstotni točki med letoma 2000 in 2010, so se zmerno znižali zneski za farmacevtske proizvode, poraba na ambulantni oskrbi pa je padla za 1,1 %. (HSPM, Austria, Financing, 2014)

Tabela 22: Sestava izdatkov za zdravstvo v Avstriji od leta 2000 do leta 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
bolnišnična obravnava	41,3	41,5	41,2	41	41,2	41,5	41,8	41,2	41,9	42,3	42,5
ambulantna obravnava	27,1	27	26,8	26,7	26,3	26,7	26,4	26,6	26	26,1	26
farmacevtski in medicinski pripomočki	17,3	17,4	18	18,3	18,1	17,6	17,7	18	18	17,1	16,9
preventiva in služba javnega zdravja	1,3	1,5	1,4	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5
prevozne storitve in reševanja bolnikov	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1	1	1	1	1
dolgotrajna oskrba na domu	6,9	6,8	6,6	6,6	6,4	6,5	6,5	6,4	6,4	6,8	7,1
uprava zdravstvenega varstva	3,8	3,6	3,7	3,6	4,1	3,8	3,7	3,7	3,8	3,8	3,6
zasebna neprofitna organizacija	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1	1,1	1,2
zdravniške poklicne storitve	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
trenutni izdatki za zdravstvo EUR	19680	20452	21223	22039	23250	24198	25219	26699	28124	29055	29773
skupni izdatki za zdravstvo v EUR	20898	21621	22323	23183	24476	25551	26467	28119	29659	30766	31438
trenutni izdatki za zdravstvo v %	94,2	94,6	95,1	95,1	95	94,7	95,3	95	94,8	94,4	94,7
skupni izdatki za zdravstvo v %	5,8	5,4	4,9	4,9	5	5,3	4,7	5	5,2	5,6	5,3

Vir: HSPM, Austria, Financing (2014)

Leta 2010 je bilo 1,5 % sredstev namenjenih za preventivo, kar znaša za 0,3 odstotne točke več kot v letu 2000. Javna poraba za raziskave je znašala 3.431 mio € v letu 2010. Za raziskave v zdravstvu pa je bilo namenjenih 573 mio EUR, kar znaša 16,7 % od vseh raziskav. Federacija plačuje trem univerzitetnim bolnišnicam za delovanje raziskovalnega osebja. Letna stopnja rasti skupne porabe za javne raziskave se je od leta 2007 do 2010

povečala za 9,6 %, od tega za raziskave v zdravstvenem sektorju za 5,7%. (HSPM, Austria, Financing, 2014)

Tabela 23: Javna izdatki za uporabne in eksperimentalne raziskave v Avstriji, v letih 2007–2010

	2007	2008	2009	2010	Letna stopnja rasti
skupna javna poraba za raziskave v mio EUR	2605	2923	3280	3431	9,6
izraženo v % od vse skupne javne porabe	2	2,1	2,3	2,3	-
skupna javna poraba za raziskave v zdravstvu v mio EUR	485	512	559	573	5,7
izraženo v % za zdravstvo od vse skupne javne porabe	18,6	17,5	17	16,7	-

Vir: HSPM, Austria, Financing (2014)

5.3.2.3 Javno ali zasebno zdravstveno varstvo

Bolnišnično zdravstveno varstvo je javno financirano in v glavnem tudi javno zagotovljeno. Predstavlja približno 48,6 % vseh zdravstvenih izdatkov. V ambulantni oskrbi obstaja mešanica med privatnimi in javnimi ponudniki teh storitev. Ta del predstavlja okrog 22 % zdravstvenih izdatkov. 21 % je plačanih zasebno, vendar zagotovljenih v javnih institucijah. Le 9 % je zasebno financiranih in zasebno ponujenih s strani zasebnih ponudnikov. Največji delež bolnic v Avstriji je javen, 48,9 %. Institucije socialnega zavarovanja upravljajo s 14,7 % bolnic, poleg teh pa obstaja še 47 ali 17,2 % zasebnih, neprofitnih bolnic. 19,1 % ali 52 bolnic pa je zasebnih, profitno orientiranih bolnic. (IPP, 2010 str. 5)

Zaradi finančnih težav so avstrijske občine, kot lastnice bolnic, lastnino le-teh prenesle v deželne holdinške družbe. Tako so se v večini avstrijskih zveznih dežel prej občinske bolnice preoblikovale v bolnišnične holdinške organizacije. Takšno preoblikovanje je nastalo na podlagi pilotnega testa, ki so ga izvedli že davnega leta 1979, ko je bil ustanovljen prvi holding v avstrijski deželi Vorarlberg. Ustanovitev KHBG (družba, ki upravlja bolnico) je bila pospešena z dejstvom, da je bila večina občinskih bolnic takrat v globokih dolgovih, občine pa niso bile pripravljene obdržati lastništva nad tako zadolženimi bolnicami, ker je to predstavljalo hudo finančno breme za občine. Lastnik KHBG je pravno gledano deželna vlada Vorarlberga (96 %) ter štiri mesta (prejšnji lastnik), kjer ima vsak po 1-odstotni delež v lastniški strukturi, kar jim daje sedeže v nadzornem svetu. Upravlja se s petimi javnimi bolnicami, kjer so vzpostavljene različne centralizirane storitve, kot so IT in večina laboratorijskih storitev. Ker se osredotoča na svoje temeljne funkcije, KHBG spodbuja prenos pomožnih storitev, kot so oskrba prostorov, pralni servis, restavracije za bolnice, banke, vzdrževalni servisi, na druge izvajalce. Tri bolnice so bile tako zaprte v 10- letnem obdobju, postelje odpravljene, tehnična oprema pa prenesena na bolj specializirane enote. V bližnji prihodnosti se predvideva zapiranje še dveh enot. (IPP, 2010 str. 6)

Preoblikovanje javnih bolnic v gospodarske družbe v Avstriji ni spremenilo lastništva bolnic, ki še naprej ostajajo javne bolnice, vendar imajo sedaj bistveno večjo avtonomijo pri upravljanju.

Koncept holdinga tako predstavlja vertikalno povezavo vseh »lokalnih« (občinskih) bolnic v eno povezavo – holding. Med holdingom in upravami bolnic je vzpostavljen pogodbeni odnos. Vsako deželno bolnico upravlja profesionalni menedžer bolnice, ki ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi v skladu z zasebnim pogodbenim pravom. Holdinške družbe so ustanovljene na podlagi avstrijskega korporacijskega prava in imajo tako kot druge korporacije nadzorni odbor (*board of directors*), ki predstavlja lastnika in nadzoruje upravo. Vse premoženje bolnice, kot so medicinski pripomočki, oprema, prostori in infrastruktura, so preneseni na to novo korporacijo. Zelo pomembno je, da nikoli ni bil namen ustanovitve holdinške družbe profitno upravljanje bolnic. Holdinške družbe so ustanovljene kot ne-profitne organizacije z obveznim mandatom zagotavljanja celovite sekundarne zdravstvene oskrbe za prebivalce, doseganja visokih kakovostnih standardov in zagotavljanja finančne vzdržnosti poslovanja bolnic. Deželna vlada je kot lastnik holdinga rezidualno odgovorna za vse dolgove holdinga. Ne glede na to pa sta dodani managerska avtonomija in fleksibilnost pripomogli k izboljšanju upravljanja s sredstvi bolnic in k pomembnim izboljšavam v učinkovitosti poslovanja, še posebej v okviru ekonomije obsega (povezava bolnic na ravni dežel v holding). To vključuje odpravo odvečne infrastrukture, konsolidacijo medicinskih oddelkov in specialistov ter dosledno upoštevanje federalnega načrta (OKAP/GGP), ki predstavlja, kar se tiče investicij v visoko kvalitetno opremo, splošni okvir za zdravstveno varstvo v Avstriji. (IPP, 2010 str. 6)

Na podoben način so tudi v drugih deželah lastništvo bolnic občine prenesle v holdinške družbe v lasti dežel. Od takrat je osem od devetih dežel ustanovilo holdinške družbe. Sledila je dežela Zgornja Avstrija, ki je leta 2002 ustanovila holdinško korporacijo (*Aktiengesellschaft*) GESPEG in sledila praksi KHBG. Nekatere bolnice iz te mreže bodo tako zaprli, postelje delno prenesli na ustreznejše lokacije, kar naj bi prineslo izboljšano učinkovitost poslovanja in pomembno zmanjšanje stroškov poslovanja. Kvalitativne raziskave kažejo, da je korporatizacija javnih bolnic v holdinške družbe povečala managersko avtonomijo in hitrost odločanja v bolnicah. V primerjavi s samostojnimi bolnicami se v holdinški družbi sredstva lahko upravljajo na učinkovitejši način, kar vodi do sinergije ekonomije obsega in delitve rizika večjih kapitalskih investicij za medicinsko opremo. Dodatno se lahko posamezne bolnice v isti geografski coni specializirajo za določene naloge, kar odpravlja podvajanje in odvečne funkcije ter posledično niža stroške. Vse združitve so temeljile na predhodnih »*master*« planih, v katerih so vnaprej predvidevali ključne faktorje, kot so delitev bolezni in trendi v epidemiologiji in demografiji (najbolj znan tak načrt je v zvezni deželi Štajerski). (IPP, 2010 str. 6)

5.3.2.4 Analiza predhodnih reform v zdravstvu

- ***Izboljšano sodelovanje med ambulantno in bolnišnično oskrbo se razvija s pomočjo reformnih projektov.***

Pri izvajanju zdravstvenih storitev v letu 2005 so bili ustvarjeni pogoji, da bi prvič spodbudili sodelovanje med ponudniki storitev s pomočjo projektnega financiranja iz reformnega sklada na področju bolnišnične in ambulantne obravnave.

Reformni skladi vsebujejo 1 ali 2 % celotne javne porabe v določenem letu in morajo zagotoviti, da imajo lahko dežele (Länder) in zdravstvene zavarovalnice prihranke iz naslova stroškov, ki so posledica spreminjanja vzorcev dostave. Regionalne zdravstvene platforme lahko zagotovijo financiranje iz reformnih skladov za tri različne vrste projektov:

- projekte, ki bolje uskladijo oskrbo kroničnih bolnikov,
 - projekte, ki v izmenah opravljajo storitev na področju ambulantne oskrbe,
 - pilotne projekte, ki poskušajo z uvedbo medsektorskega modela financiranja.
- Izvajanje slednjih ni imelo nobenih predpogojev v smislu uravnoteženja zmogljivosti pri zmanjševanju bolnišnične zmogljivosti in povečanja zmogljivosti ambulantne oskrbe. Poleg tega je prisotno tudi pomanjkanje nacionalnih enotnih standardov za financiranje projektov, kar otežuje primerjavo projektov po vsej deželi.

Drug problem je pomanjkanje ustreznih vlog za financiranje projekta. V letu 2009 je bilo porabljenih le 16 % sredstev, dodeljenih za projekte. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- Reformni financirani projekti, ki imajo inovativni potencial

Strukturiran program zdravljenja »Active Therapy Diabetes« se je začel leta 2007 in je usmerjen v trajnostno izboljšanje stanja zdravja in kakovosti življenja sladkornih bolnikov. Poudarek je na preventivi in krepitvi zdravja, visoki kakovosti oskrbe, vključno s spremljanjem kardiovaskularnega tveganja in aktivnega sodelovanja bolnikov. Program pričakuje od sodelujočih zdravnikov, ki se usposablja in sodelujejo z bolniki, izboljšanje glede številnih parametrov. »Active Therapy Diabetes« je trenutno v veljavi v Zgornji Avstriji, Spodnji Avstriji, na Dunaju, v Salzburgu, Vorarlbergu in na Štajerskem. Ob koncu oktobra 2011 je 27.000 bolnikov, ki trpijo za diagnozo diabetes (7 % vseh evidentiranih bolnikov s sladkorno boleznijo). Devetsto zdravnikov ali 8 % vseh pogodbenih zdravnikov pa sodeluje v programu. Uvajanje programa preko zveznih držav ostaja raznoliko.

Zvezna ustanova socialne varnosti načrtuje, da se bo projekt »Active Therapy Diabetes« izvajal na državni ravni do konca leta 2015. Cilj je, da skrbi za dve tretjini vseh sladkornih bolnikov in da jemljejo zdravila po programu. Uvedba »Active Therapy Diabetes« je spremljal projekt vrednotenja v večini dežel. V Salzburgu študijo spremlja uvajanje, v katerem sodeluje 98 zdravnikov (48 v programu in 50 v kontrolni skupini) in 1.494 bolnikov (654 v programu in 840 v kontrolni skupini). Na podlagi študije je opaziti znižanje krvnega tlaka in povečano udeležbo v izobraževalnih programih. Statistično so bile ugotovljene tudi pomembne izboljšave v upoštevanju smernic glede uporabe zdravil in rednih pregledov (stopal, oči in HbA1c pregledov). Obstajale so tudi jasne izboljšave na področjih, kot so izguba telesne teže in ravni holesterola, znižanje krvnega sladkorja in krvnega tlaka. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- *Spodbujanje oskrbe na domu*

Od konca leta 1990 je črni trg razvil četrti steber zagotavljanja nege na domu (glejte poglavji 5.8 in 5.9). Na prvem mestu je bila dana posebna pozornost migrantom, ki so odhajali v Avstrijo in niso imeli dovoljenja za delo.

Posamezniki, ki potrebujejo oskrbo na ravni od 3 do 7, imajo zdaj zakonsko pravico do finančne podpore s 24-urno nego. Posamezniki z določenimi boleznimi, kot so demenca itd., dobijo podporo, tudi če se zahteva oskrba na ravni 1 in 2. Trenutno vsak, ki zasluži do 2500 € na mesec (brez nadomestila za dolgotrajno oskrbo), lahko koristi to podporo. Če nekdo to merilo izpolnjuje, lahko prejme največ med 550 € in 1.100 € na mesec, odvisno od tega, ali je prosilec zaposlen (1.100 €) ali je svobodni delavec (€ 550). Sredstva za to so na voljo s strani zveznih in regionalnih oblasti iz splošnih davkov. Do sredine leta 2010 je bilo porabljenih za 24-urno oskrbo 19.600.000 evrov, kar je bil leta 2010 delež 0,5 % celotne porabe za dolgotrajno oskrbo. Do konca junija 2010 je bil predloženih skupaj 10.969 vlog za finančno podporo za pomoč s 24-urno nego. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- *Sprejemanje prvih ukrepov za izgradnjo multidisciplinarne ambulate za zdravstveno nego*

Z uvedbo skupinske prakse Specialist otorinolaringolog GmbHs v začetku leta 2011 so se prizadevanja za boljše izvajanje storitev izven bolnišnic obnovila in okrepila. Izhodišče za to zakonodajo je odločitev na ravni EU, ki je potrebna, da Avstrija uskladi vstop na trg v ambulantni dejavnosti. Zakonodaja določa, da lahko samo zdravniki vodijo ordinacijske skupine, in da ordinacijske skupine ne smejo zaposlovati zdravnikov. Takšna ureditev pomeni, da je vstop na trg Specialist otorinolaringolog GmbHs v ambulantah od zdaj naprej večinoma usklajen kriterij za vstop na trg za pogodbene zdravnike v posameznih praksah in za bolnišnične poliklinike ostane spremenljivka med regijami. Pri licenciranju Specialist otorinolaringolog GmbHs se upošteva kolektivna pogodba. V nasprotju z nameni zakonodaje ta kolektivna pogodba predvideva, da se praksa skupine določi le s številnimi zdravniki iste specialnosti, na primer samo na področju interne medicine. Vendar pa je bila vzpostavitev Specialist otorinolaringolog razmeroma počasna. Možnosti za širitev ambulantne zmogljivosti izven bolnišnic so še vedno razmeroma omejene. Možno je, da bi v prihodnje lahko uvedba novih modelov za plačila, ki temeljijo na novem katalogu ambulant in novih pogodbah z zdravniki v skupinskih praksah, privedle do premikov iz bolnišnic v ambulanto. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- *Informacijski sistemi e-zdravje*

Pomembni koraki za reforme in izboljšanje preglednosti in dostopnosti informacij so bili uvedeni v zadnjih nekaj letih, pogosto pod vplivom razvoja predpisov in priporočil na ravni EU v zvezi z varnostjo pacientov in e-zdravjem.

Cilji ukrepov v Avstriji:

- poenostaviti obračun in dostop do oskrbe (e-kartica);

- izboljšati razpoložljivost in kakovost podatkov o finančnih in storitvenih določbah (SHA) ter podatkov o obolenosti;
- povečati varnost, preglednost in primerljivost zdravstvenega varstva s pomočjo nacionalne strategije kakovosti, vključno s priporočili o zveznih smernicah za kakovost, s krepitvijo pacientovih predstaviških organov in sistema poročanja o napaki (CIRS medical, kakovost, platforma);
- učinkovito obvladovati stroške zagotavljanja storitev z ustanovitvijo pravnih in organizacijskih zahtev za elektronski prenos podatkov, ki se nanašajo na zdravje (e-recept, ELGA);
- okrepiti vlogo tistih, ki jih zdravstveno zavarovanje, bolnika kot "koproducenta" lastnega zdravja, zajema (ELGA, avstrijski zdravstveni portal, bolnišnična direkcija in Zakon o prednosti direktiv, ankete bolnikov).

Skupni regulativni okvir za te spremembe je oblikovan z Zakonom o zdravstvenem varstvu kakovosti in Zakonom o zdravstveni telematiki. Oba zakona sta bila sprejeta kot posledica reforme leta 2005 za razvoj informacijskih sistemov in ukrepov v zvezi z zagotavljanjem kakovosti zdravstvenega varstva. To se nanaša predvsem na dejstvo, da sta področje zagotavljanja kakovosti in področje e-zdravja predmet zdravnikov, ki opravljajo storitve za potrebe njihovih obsežnih praks. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- *Zagotavljanje kakovosti v bolnišnicah in prvi rezultati*

Poročilo o sistemih kakovosti v bolnišnicah opisuje trenutno stanje struktur za zagotavljanje kakovosti in dela v veliki večini avstrijskih bolnišnic za akutno nego. Ocenjevanja se izvajajo na podlagi enotnega dogovorjenega vprašalnika, s katerim bolnišnice ocenijo stopnjo izvajanja del zagotavljanja kakovosti. Rezultati so pokazali, da ima zagotavljanje kakovosti močne strateške temelje v večini bolnišnic, na primer v svojih osnovnih načelih, in da se zagotavljanje kakovosti v veliki meri izvaja z uporabo posebnih instrumentov, kot so ankete bolnikov.

Neželeni rezultati anket so najpogostejše opaženi na področju organizacije – vmesnika komunikacije (23 %), sledijo invazivni ukrepi (22 %) in neinvazivni ukrepi v diagnostiki in zdravljenju (21 %). Nesporazumi v komunikaciji so bili videti kot najpogostejši dejavnik prispevkov, ki vodijo do nezaželenih rezultatov ali napak. Le 15 % neželenih izidov, so opazili v nujnih primerih, preostalih 85 % v okviru rutinske oskrbe, velika večina, ki se je zgodila v tem tednu. Napake pri zdravljenju so se v veliki meri zgodile pri zaposlenih z več kot pet let delovnih izkušenj. Največje število napak zdravljenja pa se je pojavilo pri bolnikih v starostnih skupinah od 51 do 60 (20 %) in od 61 do 70 (17 %) let. Neželeni izidi so privedli do trajne okvare ali negotovosti pri bolniku v 12 % primerov. Minimalna škoda je bila zabeležena pri 33 % bolnikov, hude trajne poškodbe v 6 % primerov. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- *E-zdravila kot pilotni model elektronskih zdravstvenih spisov*

Aprila leta 2011 so v treh deželah Avstrije vzpostavili testno fazo e-zdravil, z namenom testiranja njegovega učinka na področju varnosti pacientov in preprečevanja možnih neželenih interakcij z drugimi zdravili. Bolnikom v izbranih okrožjih na Dunaju, v Zgornji

Avstriji in na Tirolskem bi se zdravila, ki jih je predpisal zdravnik, kot tudi zdravila, ki ga pacient kupi na prostem trgu, registrirala preko elektronske baze podatkov. E-kartica deluje kot ključ do spletne zbirke podatkov, kjer bi lahko zdravniki in farmacevti dostopali do informacij o zdravilih. Projekt je vodila zvezna in regionalna oblast v sodelovanju z ustanovami socialne varnosti, avstrijske zbornice zdravnikov in avstrijskega zveznega sveta za farmacijo, ki je prva uporabila ELGAS.

Maja 2012 je bila na voljo ocena tega pilotnega projekta. Približno 5.400 bolnikov v testni fazi je sodelovalo skupaj s 85 zdravniki, 50 lekarnami in 4 bolnišnicami. Skupno 18.300 receptov in okoli 14.000 nakupov za samozdravljenje je bilo elektronsko registriranih in preverjenih.

Za izboljšanje varnosti pacientov, zahvaljujoč sistemu e-zdravilo, gre zahvala predvsem 70 % sodelujočih zdravnikov in 90 % sodelujočih farmacevtov. Čeprav trenutna ocena priporoča "Nationwide" uvedbo e-zdravila, ki je načrtovano za leto 2013, prav tako izpostavlja potrebo po izboljšanju prijaznosti programske opreme in upravne obremenitve zdravnikov in farmacevtov. Poudarja tudi potrebo po podpori projekta vseh zainteresiranih strani. V zvezi z uporabo ELGAS obstaja še nekaj odprtih vprašanj v zvezi z varstvom osebnih podatkov. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- *Zdravila in medicinski pripomočki*

Uredba na trgu farmacije ostaja nejasna. Za uskladitev trgovine z zdravili s pravom EU je bilo potrebnih veliko napornih pogajanj med Zveznim odborom za farmacijo, avstrijsko zbornico zdravnikov in nadzornimi organi. Lekarne v Avstriji so se izkazale za zelo urejene. Malo manj kot polovico vseh splošnih lekarn vodijo zdravniki. Liberalizacija trga lekarn je izziv za te zdravnike, ker ga potrebujejo za pokritje znatnih izgub zaslužka. Leta 2005 je Evropska komisija vodila postopek zoper Republiko Avstrijo zaradi določenih omejitev pri ustanavljanju lekarn (lokalna zaščitna območja), dovoljena oblika družbe in prepoved lekarniških verig (Evropska komisija, 2006), ki pa nikoli ni prišla na sodišče. Vendar obsodbe s strani Sodišča Evropskih skupnosti v primerih, ki vključujejo druge države članice, kažejo, da nacionalne prepovedi v lasti več lekarn niso v nasprotju z zakonodajo EU (obsodbe z dne 19. maja 2008 o Nemčiji in Italiji) in da je usmerjena ustanovitev lekarn dovoljena (sodba z dne 1. junija 2010 o merilih za ustanovitev lekarn v Španiji).

Postopek EU je v letu 2006 pripeljal do morebitne sprostitev pogojev za ustanovitev novih lekarn. Ta sprostitev spodbuja konkurenco med lastniki lekarn. Sedaj se lahko splošne lekarnе ustanovi tudi na območjih, kjer zdravniki vodijo interne lekarnе, ki imajo učinek ugašanja. Če se pogodba izteče za zdravnika, ki ima tekočo interno lekarno, je lahko njihovo dovoljenje umaknjeno. Zakonodaja poskuša z liberalizacijo dostopa do lekarn na podlagi smernic EU, hkrati pa ohranja zaščito ozemlja. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- ***Uvedba zgornje meje pristojbine za recept (kapica), ki zagotavlja finančno olajšavo za ljudi z nizkimi dohodki***

Kapica pristojbin na recept, uvedenih v letu 2008, je bila pomemben korak k zmanjšanju finančnega bremena za posameznike z nizkimi dohodki. Skoraj polovica vseh pristojbin za uporabo v zdravstvenem sistemu je narejena za zdravila na recept. Kapica o pristojbinah na recept pomeni, da so posamezniki, ki porabijo več kot 2 % svojega letnega čistega prihodka od pristojbin za recept, oproščeni plačila takse za preostanek koledarskega leta. Ocene kažejo, da je uvedba kapice za pristojbino zmanjšala stroške 300.000 ljudem. Za enkrat ni jasno, ali bo vlada nadomestila izpad dohodka za zdravstveno zavarovanje. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

5.3.2.5 Financiranje zdravstvenega sistema in plačilo izvajalcev storitev

- ***Konsolidacija primanjkljaja zdravstvenih zavarovalnic se je začela, ampak strukturna vprašanja ostajajo***

Po poskusih reforme iz leta 2008 je na novo ustanovljena koalicija glavnih strank predstavila paket ukrepov v letu 2010. Slednja je bila usmerjena v odpustitev dolgov nastale regionalne zdravstvene zavarovalnice in zmanjšanje njihovih strukturnih primanjkljajev.

Strukturni sklad, ima odgovornost v zvezi z zdravstvenimi zavarovalnicami in ima tudi pravico, da zadrži sredstva v primeru neizpolnjevanja dogovorjenih finančnih ciljev. Strukturni sklad izplača zvezni davčni denar zdravstveni zavarovalnici, če zavarovalnice dosežejo cilje njihovega načrta konsolidacije, ki predvideva prihranek v višini 1,7 milijarde € do leta 2013.

Cilji varčevanja so bili preseženi že v prvem letu obstoja strukturnega sklada za zdravstveno zavarovanje. Kot rezultat so zdravstvene zavarovalnice v letu 2010 imele presežek v višini 175 milijonov evrov. Brez ukrepov za razbremenitev dolgov in vpliv konsolidacije je bil primanjkljaj 376 milijonov evrov.

Prihranki se lahko dosežejo predvsem na področju zdravil. Padanje cene zdravil se lahko doseže (1) s potekom večjih patentov in (2) recepti za generična zdravila, kar bi pomenilo, da bi se več kot tretjina (132.000.000 evrov) celotnega obsega prihrankov našlo v tej kategoriji porabe. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- ***Novo okvirno farmacevtsko naročilo prispeva tako finančno konsolidacijo kot zdravje***

Od leta 2008 so bili sklenjeni sporazumi za popuste med farmacevtsko industrijo in Federacijo ustanov socialne varnosti. Cilj je zajeziiti rast stroškov zdravil za zdravstvene zavarovalnice. V zameno se je federacija dogovorila o številnih moratorijih v zvezi z zakonodajnim prizadevanjem za reformo predpisov cen in povračil.

Pogodba iz julija 2011 se je razširila in se bo izvajala do leta 2015. Od farmacevtske industrije in trgovcev na debelo se pričakuje, da bodo plačali približno 82.000.000 evrov od dobička v Federacijo ustanov socialne varnosti do leta 2015. V letu 2009 je to

ustrezalo 3,4 % izdatkov za zdravila. Nov element pogodbe je, da je treba skupno prihraniti za "zdravstvene cilje" na področju zdravja in preventive v bruto znesku 6,75 milijonov evrov. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

- *Financiranje za dolgotrajno oskrbo lahko postane vzvod za poenostavitev administracije*

Za financiranje dolgotrajne oskrbe se je v letu 2011 "Nationalrat" odločil, da se ustanovi Sklad za dolgotrajno oskrbo, ki je namenjen za kritje povišanja stroškov na tem področju. Skupaj 685.000.000 evrov se je vplačalo v sklad med letoma 2011 in 2014, pri čemer sta dve tretjini sredstev iz zvezne ravni, ena tretjina pa iz dežel in lokalnih oblasti. Po tem obdobju pa načrtujejo, da bi bila ta začasna rešitev del prihodnjega sporazuma finančne izravnave.

Sklad za pokojninsko zavarovanje je zdaj odgovoren za večino tistih, ki so bili prej upravičeni do regionalnega nadomestila za dolgotrajno oskrbo. Od reorganizacije upravnih odgovornosti za podeljevanje dodatka za dolgotrajno oskrbo se pričakuje, da bo privedla do poenostavitve uprave na področju socialnega varstva. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

5.3.2.6 Upravljanje sistema zdravstvenega varstva

V okviru zdravstvene reforme iz leta 2005 so bile združene strukture odločanja. Vendar je ustavno določena delitev odgovornosti med regionalnimi organi in sektorji, ki so vzrok problema razdrobljenosti v avstrijskem zdravstvenem varstvu, ostala nedotaknjena.

Kljub temu je reforma prinesla pomembno spremembo, sicer na novo ustanovljena Zvezna agencija za zdravje zdaj združuje vse pomembne akterje v zdravstvenem sektorju. Zvezna agencija za zdravje razvija v Avstriji načrt za zdravje in distribuira zvezna sredstva za regionalni zdravstveni sklad.

Z vključitvijo vseh pomembnih akterjev v razvoju avstrijskega strukturnega načrta za zdravje, ki je najbolj pomemben instrument načrtovanja v Avstriji, se je usklajevanje okvirnega načrtovanja precej izboljšalo. V nasprotju z drugimi državami OECD, kot sta Švica in Nemčija, kjer je bila postopoma uvedena regulirana konkurenca na trgu zdravstvenih zavarovanj od leta 1990, je Avstrija sprejela drugačen pristop. Prizadevanja za spremembo sistema je osredotočeno na boljše načrtovanje upravljanja in reguliranje konkurence in ostaja omejen na strani ponudbe. (HSPM, Austria, Principal health reforms, 2014)

5.3.3 UGOTOVITVE MEDNARODNE RAZISKAVE EHCI (EURO HEALTH CONSUMER INDEX) O UČINKOVITOSTI AVSTRIJSKEGA IN DANSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

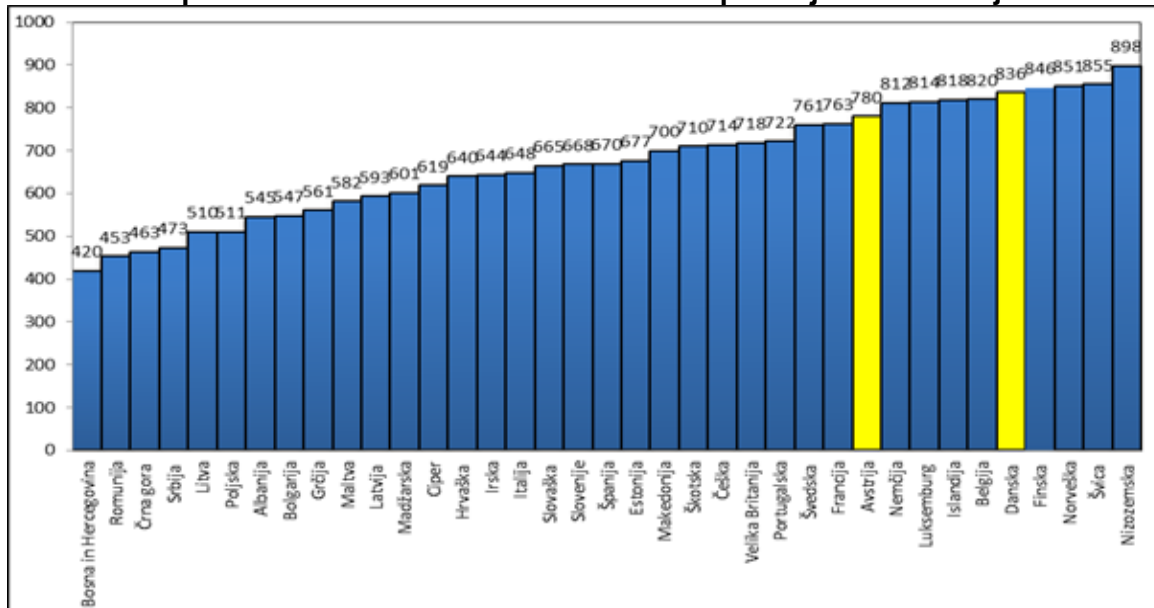
Sistemi zdravstvenega varstva se med seboj razlikujejo, zato lahko pričakujemo, da se bodo razlikovale tudi zdravstvene storitve in učinkovitost zdravstvenega sistema nasploh. Zaradi teh razlik so se razvile metode, ki medsebojno primerjajo ter čim bolj objektivno in celovito proučujejo različne vidike zdravstvene službe. Med njimi so glavnega pomena predvsem struktura in organizacija zdravstva, kvaliteta, dostopnost in cena zdravstvenih

storitev ter medsebojna primerjava različnih ustanov, ki na tem področju delujejo, kot tudi programov, ki jih le-te izvajajo. Rezultati takih raziskav so pomembni kot osnova za načrtovanje nacionalne zdravstvene politike, na kateri temelji zadovoljstvo in osnovna socialna varnost vseh prebivalcev. Ker je raziskovanje zdravstvene službe zasedlo zelo pomemben položaj v sodobni družbi, ki zahteva utemeljevanje vseh sprejetih odločitev z dokaznimi dejstvi, lahko pričakujemo, da se bodo v prihodnosti razvile še nove raziskave, ki bodo z izbiro primernih parametrov podale čim objektivnejšo oceno zdravstvenega sistema v določeni državi. (Medicinska fakulteta, Metodologija merjenja učinkovitosti zdravstvenih sistemov na mednarodni ravni, 2008)

V EU se ocenjuje in razvršča sisteme zdravstvenega varstva med 36 državami v Evropi po uspešnosti z vidika kupcev oz. uporabnikov s pomočjo indeksa EHCI (Euro Health Consumer Index). EHCI 2007 tako preučuje podpoglavja, in sicer: (1) pacientove pravice, (2) čakalne dobe, (3) rezultate zdravljenja kakovosti, (4) razvitost javnih sistemov zdravstvenega varstva, (5) preprečevanje in (6) lekarništvo.

Kljub finančni krizi povzročajo varčevalni ukrepi omejitve povečanja zdravstvene porabe. Manj spodbudno dejstvo je, da je tendenca vse večji razpon med premožnimi in manj premožnimi evropskimi državami. Prvih 9 držav (Nizozemska kot vodilna in Danska kot peta) je zahodnoevropskih in so točkovane med 800 in 1000. Sledijo jim tri večje bogatejše države (Avstrija, Francija in Švedska). Sledijo jim države, med katerimi je na 19. mestu Slovenija. Presenetljivo dejstvo pa je, da se je Makedonija uvrstila pred Slovenijo in zaseda 16. mesto.

Graf 20: Skupno število EHCI raziskav za leto 2014 primerjalno z Avstrijo in Dansko



Vir: EHCI (2014)

Danska, ki je v letu 2014 po mednarodni raziskavi EHCI zasedla 5. mesto in prejela 836 točk, je od leta 2006 v stalnem porastu uspešnosti zdravstvenega sistema in je v zadnjih letih pridobila veliko, ko je uvedla e-zdravja. (EHCI, 2014)

5.3.3.1 Danski in avstrijski zdravstveni sistem po oceni EHCI

EHCI raziskava je v letu 2014 sestavljena iz šestih poddisciplin. Nobena od 37 držav ne blesti v vseh vidikih merjenja sistema zdravstvenega varstva. Rezultati vsake poddiscipline pa so povzeti v spodnji tabeli.

Tabela 24: Rezultati ocen EHCI za Avstrijo, Dansko, Nizozemsko in Slovenijo

PODDISCIPLINE	Avstrija	Danska	Nizozemska	Slovenija
pacientove pravice in informacije	125	142	146	96
čakalne dobe	200	200	188	113
rezultati zdravljenja kakovosti	177	198	240	198
razvitost sistemov javnega zdravstva	119	131	150	106
preprečevanje	83	89	89	89
lekarništvo	76	76	86	67
skupno število	780	836	899	669
zasedba mesta	10	5	1	19

Vir: EHCI (2014)

Danska se je uvrstila na 5. mesto in v letu 2014 prejela po Euro health Consumer Indexu 836 točk. Danska se je v letu 2008 izstrelila na 2. mesto že s tem, ko je uvedla e-zdravje. Danska je v stalnem porastu, saj je bila prvič vključena v EHCI leta 2006. Zaradi slabega pojasnila ("Imamo več zabave, dokler traja!"), zakaj je pričakovana življenjska doba pri moških 5 let nižja kot v sosednji Švedski, je Danska v letu 2013 zdrsnila za tri mesta. Danska je dosegla tudi skokovit napredek pri zmanjšanju umrljivosti za boleznimi srca in ožilja v zadnjih letih. Danska ima tudi najbolj dostopen bolnišnični register na internetu, ki prikazuje, katera bolnišnica ima najboljše zdravstvene rezultate. (EHCI, 2014)

Avstrija se je po Euro health Consumer Indexu uvrstila na 10. mesto in prejela 780 točk. Avstrija sicer nima zakonske prepovedi opravljanja abortusa, kot je to na Poljskem in v treh drugih državah, temveč se ta ne izvaja v sistemu javnega zdravstva. Slednja je zaradi tega dobila veliko negativnih točk.

Položaj čakalnih dob je po merjenju EHCI v evropskem prostoru izredno stabilen. V letu 2014 je viden bistven napredek v naslednjih državah: Finska, Danska, Norveška, Portugalska, Estonija in Litva. (EHCI, 2014)

EHCI od leta 2005 velja za standard v sektorju sodobnega spremljanja zdravstvenega varstva. Raziskava temelji na kombinaciji različnih javnih statistik, raziskavah pacientov in neodvisni raziskavi, ki jo izvaja Health Consumer Powerhouse Ltd, švedsko podjetje v zasebni lasti, ki se ukvarja z merjenjem uspešnosti zdravstvenega varstva v Evropi in Kanadi, s čimer si prizadeva za večjo vlogo bolnikov in potrošnikov. EHCI je zgled

ocenjevanja zdravstvenih sistemov v državah članicah, s čimer se bo Evropska komisija v bodoče intenzivno ukvarjala. EHCI 2014 sta z neomejenimi donacijami podprla belgijska Medicovert S. A. in fundacija New Direction Foundation. (EHCI, 2014)

Slovenija se na lestvici Euro Health Consumer Index 2014 s 668 točkami od možnih 1000 uvršča na 19. mesto, s čimer je v primerjavi z raziskavo iz leta 2013 izgubila dve mesti. Vrh lestvice že od leta 2013 še zmeraj zaseda Nizozemska, ki je zbrala 898 točk od možnih 1000, sledijo ji Švica, Norveška, Finska in Danska. Slovenija je sicer v primerjavi z letom poprej zbrala dve točki več, kar pa ni preprečilo njenega zdrsna na lestvici držav. (EHCI, 2014)

Pred desetimi leti, ko je ocenjevanje EHCI bilo izvedeno prvič, je Slovenija dajala vtis vzhajajoče srednjeevropske zvezde. Toda ta pričakovanja se v splošnem niso uresničila. Zdi se, da se je nekoč pozitiven trend večje vloge bolnikov v zdravstvenem varstvu zaustavil. A kljub temu se lahko Slovenci na področju preventivnega zdravljenja nadejajo dobrih zdravstvenih rezultatov, nad nivojem Avstrije in na nivoju Nizozemske ter Francije. (EHCI, 2014)

5.4. PRIPOROČILA ZA IZBOLJŠANJE STANJA V SLOVENIJI NA PODROČJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Ker Slovenija izgublja svoj položaj na področju večje vloge bolnikov v zdravstvenem varstvu in dostopa do zdravstvenih storitev, obstaja nevarnost, da bo nazadovala do stanja, ki je vladalo pred priključitvijo EU, opozarja dr. Bjornberg. Slovenija bi si morala aktivno prizadevati, da bi dosegala trende uporabniku prijaznih storitev, ki veljajo v srednji Evropi in kažejo zelo dobre rezultate. To pomeni, da bo bolnikom treba izboljšati dostop do zdravstvenih evidenc in drugega mnenja. Dober začetek na primer so e-zdravstvene storitve, ki bolnikom omogočajo naročanje preko spleta. Od leta 2013 se pacienti soočajo z vse daljšimi čakalnimi vrstami, kar je zaskrbljujoč signal. K preventivnemu zdravljenju sladkorne bolezni bi veliko pripomogla tudi boljši nadzor nad meritvami krvnega tlaka in večje omejevanje kajenja. (EHCI, 2014)

5.4.1 NAD DOLGE ČAKALNE DOBE V SLOVENIJI S POSNEMANJEM DANSKEGA IN NIZOZEMSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

5.4.1.1 Prosta izbira bolnišnice in jamstvo zdravljenja v dveh mesecih po vzoru Danske

Številne politike na Danskem so bile od sredine 1990 usmerjene v krepitev spodbud za zmanjšanje čakalnih dob za zdravljenje in povečanje odzivnosti z uvedbo konkurence med javnimi bolnišnicami in zasebnimi ponudniki. To področje je na Danskem urejeno z Zakonom o svobodni izbiri bolnišnic za bolnike, ki je bil uveden že leta 1993. Bolniki tako lahko izbirajo med javnimi bolnišnicami na Danskem in nekaterimi zasebnimi, neprofitnimi bolnišnicami z enako stopnjo specializacije. "Razširjena svobodna izbira" je bila v kombinaciji z garancijo čakalnega časa uvedena leta 2002 in vključuje vrsto zasebnih

objektov in objektov v tujini za bolnike s pričakovanimi čakalnimi dobami za zdravljenje (po postavljeni diagnozi) več kot dva meseca. Pacientova izbira je omejena na zasebne bolnišnice, ki imajo dogovor s svojo regijo in ki vključujejo tudi nekaj bolnišnic v tujini, predvsem na Švedskem in v Nemčiji. Čakajoči čas se je od 1. 10. 2007 tako zmanjšal iz dveh mesecev na en mesec. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

Od uvedbe razširjene svobodne izbire je tako več kot 440.000 bolnikov, ki uporabljajo svojo pravico, da se obravnavajo v zasebnih bolnišnicah in klinikah. Velik porast števila bolnikov, ki uporabljajo razširjeno prosto izbiro, poteka od leta 2002 do 2009. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

"Razširjena svobodna izbira" na Danskem je bila v nekem vmesnem času prekinjena, in sicer od 7. novembra 2008 do 30. junija 2009. Jamstvo čakalne dobe, ki ne presega dveh mesecev, je bilo uvedeno tudi v otroški in mladostniški psihiatriji. Od takrat so otroci in mladostniki, mlajši od 19 let, ki so bili napoteni po diagnozo v javno bolnišnico, imeli možnost, da izberejo zasebno bolnišnico ali ambulantno, če je pričakovana čakalna doba presegala dva meseca. Od 1. januarja 2009 se je ta pravica razširila na diagnostiko, vključno z zdravljenjem. Potrebno je poudariti, da je bolnikova izbira omejena na bolnišnice, ki imajo pogodbo z regijo. 1. januarja 2010 je bila uvedena podobna čakalna doba in jamstvo zdravljenja v dveh mesecih na psihiatriji za odrasle. (HSPM, Denmark, Principal health reforms, 2014)

V Sloveniji so pravice bolnikov določene z Zakonom o pacientovih pravicah, in sicer ima pacient pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, vendar pa le v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, če se plačilo za zdravstveno storitev krije iz zdravstvenega zavarovanja.

5.4.1.2 Plačilo zdravnikov, vezano na storilnost po vzoru Nizozemske

Pri iskanju optimalnega načina za financiranje bolnišnic in zdravstvenih strokovnjakov je nastalo veliko število študij na področju ekonomskih teorij in raziskav za boljšo bolnišnično oskrbo.

Zdravstveno varstvo na splošno in bolnišnična oskrba porabita precejšen in čedalje večji delež bruto domačega proizvoda (BDP). Politiki na Nizozemskem zato nenehno iščejo nove strategije za plačila, da se zagotovijo sredstva za zagotavljanje visoko kakovostne oskrbe. Ena izmed zahtevnejših nalog v tej strategiji je načrtovanje sistemov financiranja bolnišničnih spodbud, z namenom, da dosežejo najboljše možne rezultate. Empirične raziskave tako lahko igrajo zelo pomembno vlogo v procesu načrtovanja takšnih spodbud. (Fleur Hasaart, 2011, str. 8)

Nov sistem za bolnišnično financiranje zdravnikov specialistov je bil uveden na Nizozemskem v letu 2005, ki se v prevodu imenuje Kombinacija diagnoza zdravljenja (DTC sistem ali DBC – "Diagnose Behandeling Combinatie"). Ta sistem je nadomestil fiksni proračun, ki je še iz časov zgodnjih 80-ih let. Dva glavna cilja nove bolnišnične sheme financiranja sta: vzpostaviti močnejšo povezavo med financiranjem in uspešnostjo

ter spodbujanje učinkovitosti bolnišnice. Prehod na nov sistem financiranja je bil ključen z vidika prehoda iz sistema zdravstvenega varstva na zalogo v sistem z več vrst povpraševanja. (Fleur Hasaart, l. 2011, str. 8)

Na Nizozemskem je bil DTC sistem uveden kot orodje, ki uvaja tržno konkurenco namesto orodja za nadzor stroškov. Pričakuje se prosto oblikovanje cen, da bi bile bolnišnične oskrbe učinkovitejše.

Izhodišča novih shem financiranja bistveno spreminjajo sistem držav. Nizozemska in Avstralija sta uvedli nov DTC bolnišnični model financiranja kot alternativo modelu fiksnega proračuna. V ZDA pa je bil model DRG mišljen kot protistrup stroškov in povračilo sistemu. V Nemčiji je moral model DRG zamenjati mešan sistem, ki bi združil elemente bodočega plačilnega sistema s stroškovnim povračilom.

Nov bolnišnični model financiranja ima podporo v uvajanju konkurence na trgu bolnišnične oskrbe. Konkurenca na trgu zahteva jasne "izdelke", zavarovalnice pa se pogajajo o ceni, količini in kakovosti oskrbe. Obstajajo tudi inštrumenti izboljšanja možnosti primerjave uspešnosti bolnišnic in uvedba jasne povezave med prihodki in uspešnostjo. Tovrstni model financiranja temelji na pričakovanju, da bo močna spodbuda za povečanje učinkovitosti in inovacij. (Fleur Hasaart, 2011, str. 8)

- **Opredelitev pojma DTC**

Opredelitev DTC je celotna dejavnost (postopki) in storitev (posvetovanja) bolnišnic in zdravnikov specialistov, ki izhajajo iz povpraševanja po oskrbi bolnika, ki se posvetuje s specialistom.

DTC zajema dejavnosti in storitve procesa popolne nege, in sicer od prvega posvetovanja z zdravnikom specialistom do zaključka zdravljenja v bolnišnici. Bolnišnice so prejele plačilo za vsak DTC ter plačilo, ki je odvisno od vrste zdravljenja. Gre za t. i. majhne temelje "casemix" modela financiranja. Cena DTC je "skupna cena", ki jo bolnišnica oblikuje kot paket za celotno skrb glede na to, kakšna je obolevnost in starost bolnika. Bolnišnica je namreč nosilec finančnega tveganja po DTC, če bo stalo bolnikovo zdravljenje več, kot je za zdravljenje bolnika predvideno po DTC tarifi. (Fleur Hasaart, 2011, str. 20)

- **Kodiranje**

Vsak DTC ima edinstveno kodo uspešnosti, ki vsebuje vse podatke in je sestavljena iz 14 kodnih števil ter vsebuje informacije o vrsti oskrbe, povpraševanju za nego, diagnozi in vrsti zdravljenja. (Fleur Hasaart, 2011, str. 25)

Tabela 25: Koda poslovanja 01110005540031

Koda za uspešnost	Razlaga	Pojasnilo
01-...-...-...-...	Posebnost	oftalmologija
...-11-...-...-...	vrsta nege	redna nega
...-...-00-...-...-...	povpraševanje za nego	ni opredeljena potreba po negi

...-...-...-0554-....	Diagnoza	katarakta
...-...-...-...-0031	Zdravljenje	zdravljenje na ambulantnem oddelku

Vir: Fleur Hasaart (2011, str. 25)

Ob prvem kontaktu z bolnikom zdravnik specialist določi, kateri DTC mu bo namenil. Izbira za DTC je izdelana s pomočjo smernic, ki določajo, kako odpreti, zapreti in določiti vrsto DTC.

Vsak zdravnik specialist ima na izbiro nabor navodil, ki se redno posodablja. Leta 2007 je bil narejen nov sklop navodil. Slednja so izdali predstavniki zdravstvene oblasti na Nizozemskem skupaj s specialisti posamezne zdravniške specialnosti. (Fleur Hasaart, 2011, str. 25)

Obstajajo splošna pravila odpiranja in zapiranja DTC (glej spodaj).

Nov DTC se odpre, ko:

1. bolnik obišče zdravnika specialista prvič z novim povpraševanjem po oskrbi,
2. se bolnik posvetuje s specialistom z druge specialnosti,
3. je pacient premeščen v drugo organizacijo,
4. se pojavi novo povpraševanje za nego in povzroči bistveno večje stroške in napor. Ko se pojavi novo povpraševanje za nego, je možno odpreti samo drugi DTC, če so dodatni stroški vsaj 40 % večji od že postavljene diagnoze. Če so dodatni stroški in/ali učinek manjši kot 40 %, odpiranje novega DTC ni dovoljeno in je potrebno zdravljenje nadaljevati v začetnem DTC. (Fleur Hasaart, 2011, str. 25)

DTC se zapre, ko je celotna obdelava pacienta prišla do konca ali avtomatično po 365 dneh. Po zaprtju DTC se lahko DTC po kronični periodični negi, iz razlogov pregledov, odpre in spremlja bolnikovo zdravljenje. Ta vrsta oskrbe je drugi del DTC. Tretji del DTC kode je povpraševanje po oskrbi, ki je ni bilo in je opredeljena za vse specializacije, vendar vsebuje začetno pritožbo(-e). Četrti del je diagnostični del DTC, v katerem je postavljena diagnoza s strani zdravnika specialista in je pomemben element kode uspešnosti. Peti in zadnji del je zdravljenje, koda odraža postopke in nastavitve zdravljenja. Kombinacija diagnoza in zdravljenje je prepoznavna značilnost sistema DTC. Izbira DTC je sprva težka, ker mora zdravnik specialist izbrati primeren DTC. Ta izbira se lahko nastavi med postopkom, če se na primer obravnavana nastavitve pacienta spreminja iz ambulantnega zdravljenja v klinični sprejem. V tem primeru je potrebno začetni DTC prilagoditi na primernejšo nastavitve zdravljenja. Pogosto izvajanje zaprtja začetnega DTC in odprtja novega DTC ni dovoljeno. Takšno početje je v nasprotju z namero sistema in DTC v navodilih to prepoveduje. (Fleur Hasaart, 2011, str. 26)

Po tem, ko zdravnik specialist DTC zapre, mora biti slednji potrjen v bolnišnici tako, da bo lahko posredovan v zdravstveno zavarovalnico za plačilo storitve. Proces validacije je postopek notranjega nadzora v bolnišnici. V tem postopku so izvedene naslednje dejavnosti, in sicer: ali je pokrito z namenskim DTC in ali je bila pravica DTC namenska. Če ni ujemanja, potrjevanje ne bo dano. Na primer: DTC s klinično epizodo zahteva bolnišnično zdravljenje, da bi bil končni DTC potrjen. Informacijsko tehnološki sistemi, ki se uporabljajo za preverjanje DTC, niso standardizirani in se lahko bistveno razlikujejo

med bolnišnicami. Bolnišnični svet je dolžan, da izdaja letna poročila o delovanju sistema notranjega nadzora s preverjanjem zunanjih računovodij. (Fleur Hasaart, 2011, str. 26)

Tabela 26: Primer vpisov DTC v informacijskem sistemu bolnišnice

Tip izjave	Posebnost	DTC	Časovni okvir	Tarifa	Izjava	Razlog
Vzporedni tip 1	ortopedija	gleženj – klinični sprejem	01/01–10/01	4.000 EUR	da	Novo povpraševanje za nego: ne gre za 40-% povečanje stroškov in/ali napora. Ni novega povpraševanja po negi; potrditev osnovne diagnoze.
		skupaj koleno – klinični sprejem	01/01–10/01	1.500 EUR		
Vzporedni tip 2	operacija	kolk – ambulantna obravnava	01/01–03/01	300 EUR	da	
		skupaj kolk ambulantna obravnava	01/01–10/01	12.000 EUR		
	operacija	krčne žile	01/01–04/01	2.000 EUR	ne	Izjema: krčne žile se lahko pojavijo na obeh nogah.
		krčne žile	01/01–05/01	2.000 EUR		
	operacija	opekline	01/01–03/01	240 EUR	ne	Novo povpraševanje za nego: povečanje 40 % stroškov in/ali napora.
		slepič	01/0–04/01	1.000 EUR		
Vzporedni tip 3	oftalmologija	post katarakta	01/01–03/01	400 EUR	da	Kljub novemu povpraševanju po negi, ne gre za 40-% povečanje stroškov in/ali napora.
		posvet po posegu	03/01–03/01	100 EUR		
	oftalmologija	katarakta	01/01–03/01	400 EUR	ne	Novo povpraševanje po negi.
		ptoza	03/15–07/01	1.200 EUR		
Serijski	ENT	začetna okvara sluha DTC	01/01–02/01	100 EUR	da	Ni mogoče zaračunavati dveh začetnih DTC z enako diagnostično kategorijo v 1 letu.
		vertigo	02/03–02/03	100 EUR		
	ENT	spremljanje DTC – okvara sluha	01/01–02/01	100 EUR	da	Ni mogoče zaračunavati dveh začetnih DTC z enako diagnostično kategorijo v 1 letu.
		spremljanje DTC – okvara sluha	03/01–04/01	100 EUR		
	ENT	začetna okvara sluha DTC	01/01–02/01	100 EUR	ne	Po rednem DTC je mogoče odpreti DTC.
		spremljanje DTC – okvara sluha	02/01–01/01	100 EUR		

Vir: Fleur Hasaart (2011, str. 88)

V sistemu DTC imajo bolnišnice gospodarsko spodbudo za zdravljenje in so donosnejše. Zdravljenje bolnikov z visokimi stroški je mogoče nadomestiti z zaračunavanjem za več DTC. (Fleur Hasaart, 2011, str. 88)

- **Vprašanje morebitnega prilagajanja povpraševanju**

Z ekonomskega vidika je trg zdravstvenih storitev lahko pojmovan kot specifičen trg. To so posebne značilnosti, ki so v glavnem posledica asimetrije v informacijah za zdravnike in bolnike. Druga posebnost je, da "potrošniki" običajno ne plačujemo neposredno za opravljeno zdravstveno varstvo, ampak posredno preko sistema zdravstvenega zavarovanja. (Fleur Hasaart, l. 2011, str. 9)

Najpomembnejše razmerje na trgu zdravstvenih storitev je razmerje med zdravnikom specialistom kot skrbnikom in njegovim bolnikom kot glavnico. Zdravnik specialist je strokovnjak za zdravstveno oskrbo in ima ideologijo, da je zaveza, ko delaš dobro delo, ekonomski dobiček in pomeni kakovost namesto ekonomske učinkovitosti dela. Vendar ima zdravnik specialist z ekonomskega vidika tudi preference glede zagotavljanja zdravstvene oskrbe in zasluženega prihodka. Odnos med zdravnikom in bolnikom je primer zelo temeljnega odnosa, kjer gre za vrhunsko znanje zdravnika. Zato bolnikov ne moremo preveriti, če so bila dejanja zdravnika dovolj prizadevna kot bi lahko bila. (Fleur Hasaart, 2011, str. 9)

Ponudniki zdravstvenega varstva lahko vplivajo na večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah, ker imajo bolniki premalo znanja in informacij, da bi ocenili, kaj v resnici potrebujejo. To se imenuje zdravnik - inducirano povpraševanja, ki je bilo prvič opredeljeno l. 1974. Tudi ne gre za inducirano povpraševanja po zdravniku, če specialist optimalno vpliva na bolnike. To je le specialist, ki deluje kot odlično sredstvo. To je tudi, kadar trči moralni hazard v inducirano povpraševanje, saj bolniki ne plačujejo za zdravstveno nego sami in se lahko odločijo za več obravnav s strani zdravnika, kot je potrebno oz. optimalno. (Fleur Hasaart, 2011, str. 9)

Na Nizozemskem je financiranje bolnišnic in zdravnikov specialistov zapleteno. Nov model financiranja bolnišnic na podlagi pregleda ali zdravljenja združitve DTC je bil uveden v letu 2005. Novo financiranje pomeni prehod iz modela, kjer je proračun določen in v katerem se bolnišnice plačujejo po tarifi, ki temelji na "casemix" za celotno zdravljenje pacienta v bolnišnici. (Fleur Hasaart, 2011, str. 82)

Z uvedbo sistema DTC v letu 2005 je bilo sproščene okoli 10 % bolnišnične oskrbe. V tem liberaliziranem delu, imenovanem B segment DTC, se od bolnišnic pričakuje, da se bo z zavarovalnicami pogajala za obseg in cene. V tem primeru financiranja ni vlada tista, ki določa proračunsko zgornjo mejo, kot je to pri sistemu fiksnega proračuna. Vendar se zavarovalnice in bolnišnice dogovorijo o največjem številu zdravljenj in povečanem obsegu.

Dodatno delo v segmentu B vodi neposredno do dodatnih prihodkov za bolnišnice in za zdravnika specialista, ki je plačan po obsegu dela. Velikost segmenta B so na Nizozemskem postopoma povečevali od približno 10 % v letu 2005 do približno 20 % v letu 2008 in približno 34 % v letu 2009. (Fleur Hasaart, 2011, str. 82)

Za preostali del bolnišnične oskrbe (segment A) DTC se uporablja kot administrativno orodje in bolnišnice morajo vedno delovati v okviru določenega proračuna. Vsak DTC je sestavljen iz dela, stroškov za bolnišnice in komponente pristojbin za zdravnika specialista, ki temelji na nacionalno določeni urni postavki. Zato se od zdravnikov specialistov, ki so plačani na osnovi "pristojbine za storitev" (približno 70 odstotkov od specialistov v nizozemskih bolnišnicah), pričakuje, da proizvajajo več medicinskih storitev. Po letu 2008 so tako zdravniki specialisti za svoje delo plačani po DTC. Sprememba

modela financiranja bolnišnic je lahko pojmovana kot sprememba finančne spodbude za zdravstvene strokovnjake in upravljanje bolnišnic. (Fleur Hasaart, 2011, str. 82)

5.4.2 LIBERALIZACIJA IN PRIVATIZACIJA ZDRAVSTVENEGA SEKTORJA V SLOVENIJI PO VZORU AVSTRIJE

V Avstriji beležijo povečanje ekonomizacije zdravstvenega sistema in težnjo po večji privatizaciji zdravstvenega sistema. Reforme v bolnišničnem sektorju so šle v smeri večje tržne usmerjenosti. Obenem je opaziti vse večje zanimanje zasebnih izvajalcev v sistemu zdravstvenega varstva in ne nazadnje prizadevanja STO in EU, da je poleg drugih javnih storitev čas za zdravstveno liberalizacijo.

5.4.2.1 Privatizacija na bolnišničnem področju

Liberalizacija in privatizacija se praviloma zgodita na skrit način in brez širše javne razprave. Odgovor na vprašanje, kako financirati bolnišnice, je privatizacija. Konkurenca in zagovorniki liberalizacije, bi odgovorili, da privatizacija vodi do znižanja cen v zdravstvu, ponudniki postanejo učinkovitejši, izboljša se tudi kakovost bolnišnične oskrbe. Nastane pritisk na operaterje klinik, ki delujejo kot tržno podjetje. Bolnišnice običajno skušajo zmanjšati storitve. Nastanejo prihranki in učinkovitost v bolnišnicah (združevanje enot), če so oblikovane večje poslovne enote. Bolnišnice bi morale biti tako združene v večje poslovne enote že v času procesa privatizacije, saj bi v nasprotnem primeru zasebni ponudniki težko spreminjali in združevali bolnišnice med seboj. Pri privatizaciji se pogosto dogaja, da pride do regionalnega monopola. Nastanek velikih enot javnih bolnišnic lahko trenutno opazimo predvsem v Avstriji in Nemčiji. V Avstriji se od leta 1980 bolnišnice tvorijo v skupine pripadnosti, v pokrajinah so se tako pojavile v skoraj vsaki zvezni deželi. Mnoge njihove občine so bolnišnice prodale provincam in te so potem vključene v večje enote, v t. i. bolnišnična podjetja ali holdinge. Ti so med največjimi delodajalci v svojih deželah in so uspešnejši od večjih industrijskih podjetij. Večje družbe na Dunaju in na Štajerskem so že skoraj tako velike kot zasebne ameriške in nemške ambulate verige in delujejo na podoben način. (Pique, 2006, str. 14)

5.4.2.2 Javno-zasebno partnerstvo

Najbolj razširjena varianta privatizacije v Avstriji je javno-zasebno partnerstvo (JZP). To je sodelovanje med zasebnimi podjetji in javnimi zavodi, ki je mogoče v različnih organizacijskih oblikah. Najbolj razširjena varianta v Avstriji je JZP ali t. i. "*organizacijska privatizacija bolnišnic*", kar pomeni ločitev med ponudnikom sredstev in izvajalcem storitev. Tako je bolnišnica gospodarsko, vendar ne organizacijsko, neodvisna.

Zasebno podjetje ne prevzema nobenega tveganja za morebitne izgube, pogodbe javno-zasebnega partnerstva so časovno omejene in javni partner lahko določi tudi standarde za delovanje bolnišnice. Zasebne, neprofitne in delno profitne bolnišnice imajo pravice iz naslova javnega prava in so oblikovane v najbolj neverjetno delujoča podjetja. V okviru javno-zasebnih partnerstev lahko zasebna podjetja prevzemajo tudi posebne storitve.

Bolnišnice se lahko vključijo tudi v zunanje izvajanje, kot je npr. kuhanje, pranje perila, ampak morajo biti tudi tehnično popolne za vodenje operacije. Bolnišnica lahko tudi, na primer sklene pogodbo s posebnim inštitutom ali laboratorijem za določene storitve, če so ta sprejemljiva in ugodnejša. Posledica zunanjega izvajanja so visoki stroški zaposlenega osebja, zlasti so posledica reduciranja materialnih stroškov.

V okviru javno-zasebnih partnerstev so zasebna podjetja najbolj neverjetno vpletena v financiranje naložbe. Slednji tako prevzamejo stroške gradnje ali obnove bolnišnice in posledično prejmejo plačilo za to. Ob koncu leta 1990 sta bila prodaja in najem v reverz razširjeno obravnavana. Občine so ob tem upale na premoženjske koristi, merjene v milijonih. Tukaj so izkoristili vrzel davčnega sistema v ZDA. Vlada, pokrajine in občine so tako prodajale kanalska omrežja, železniške postaje, železniške vozne parke, proge omrežij in bolnice ameriškim vlagateljem in jih po danem najemu prejele nazaj, in sicer na podlagi dolgoročnih zakupov. Obe strani sta bili sposobni narediti majhen dobiček, vendar pa bo dejanski učinek teh poslov znan šele po 15 do 20 letih, ko potečejo že sklenjena naročila. (Pique, 2006, str. 14)

5.4.2.3 Prodaja bolnišnic

Privatizacija pomeni, da javni partner popolnoma prepusti odločitve zasebnemu podjetju, to pa se samo odloči, katere storitve bo ponujalo in po kakšni ceni. V našem primeru prodaje bolnišnice pa je to omejeno, in sicer pod predpostavko, da se z naročilom storitev strinja javni ali zasebni zavarovatelj. Manevrski prostor pri odločitvah zasebnih bolnišnic je majhen in predvsem odvisen od deželne zakonodaje. Majhne zasebne bolnišnice imajo dodatno možnost v premožnih bolnikih ali bolnikih, ki so zasebni zavarovanci. Zasebne bolnišnice so lahko enakopravne javnim bolnišnicam, ko podpišejo pogodbo o javni oskrbi. (Pique, 2006, str. 15)

5.4.2.4 Primeri različnih oblik privatizacije

Od leta 1999 sta bili dve bolnišnici (Kitzbühl in Dunaj) prodani zasebnim podjetjem. V dveh drugih (NRZ Rosenhügel in Neunkirchen) je bilo vodstvo preneseno na zasebno podjetje, v petih bolnišnicah (Vöcklabruck, Steyr, Schladming, UKH Linz in Neunkirchen) so bile bolnišnice obnovljene ali na novo zgrajene s pomočjo zasebnika. V letu 2003 je poskušala provinca Štajerske narediti prenos upravljanja vseh svojih 24 bolnišnic (Kages) na zasebne subjekte – klinike, vendar neuspešno. Poskus je naletel na velik odpor zdravnikov in javnosti, kot tudi na prezahtevne standarde, ki jih je postavila provinca Štajerske, kjer so pri prevzemu bolnišnic zainteresirane stranke kot oviro zaznale, da bi pri svojem poslovanju imele premalo manevrskega prostora. (Pique, 2006, str. 15)

5.4.2.5 Zasebni ponudniki

V Avstriji narašča število novih podjetij in finančno močnih investorjev, ki bi rad prevzeli bolnišnice. To so po eni strani mednarodna skupine, kot na primer nemška "Sana skupine" ali klinike nemškega "Heliosa" in na drugi strani avstrijski ponudniki. Avstrijske zasebne zdravstvene zavarovalnice imajo skupaj lastno bolnišnično podjetje

"Humanomed". Ta ima razne sanatorije, zasebne klinike, zdravstvene domove, domove za starejše in ljudi, spa domove, terme in svetovalna podjetja, ki se ukvarjajo s prestrukturiranjem razpadlih javnih uprav bolnišnic v zasebne pravne oblike. (Pique, 2006, str. 16)

Obenem velja, da večja gradbena podjetja v Avstriji sodelujejo z bolnišničnimi strokovnjaki tako, da uporabijo model javno-zasebnega partnerstva (JZP) za posel, ki vsebuje tako gradnjo kot poslovno upravljanje bolnišnic. Doslej je uspelo le enemu podjetju, ki to počne. Trenutno se za to odločajo predvsem v tujini, v Nemčiji in vzhodni Evropi s podjetji HCC Krabag (Health Care Company Krankenhaus Betriebsführung), AG (lastniki: Haselsteiner družina zasebna fundacija), Raiffeisen Holding NÖ-Wien in zasebna bolnišnica Koroški operator. Podjetje Vamed AG je doslej edino aktivno na avstrijskem trgu. Podjetje je v večinski lasti nemške medicinske tehnološke skupine Fresenius, ki prav tako vodi bolnišnico v Nemčiji preko hčerinske družbe. Poleg teh podjetij je potrebno omeniti Siemens Zdravje Management GmbH, ki se je prijavil na javni razpis za bolnišnice, radioterapijo, gradnje, tehnologije in financiranje, v upanju, da bi lahko delali ob avstrijskem trgu še vzhodnoevropski trg. (Pique, 2006, str. 16)

6 DOSEŽENI REZULTATI IN CILJI RAZISKAVE

V magistrski nalogi sem preučevala obstoječi zdravstveni sistem v Sloveniji in potrebne sistemske spremembe v zdravstvu. Magistrsko delo sem pričela z opisom obstoječega sistema zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene dejavnosti v Sloveniji ter v nadaljevanju izpostavila nujne spremembe obstoječega zdravstvenega sistema s poudarkom na primerjavi vzdržnih zdravstvenih sistemov držav Nizozemske, Danske in Avstrije.

Prvo poglavje je vezano na obstoječi sistem zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji imamo poleg obveznega zavarovanja, ki ga izvaja ZZZS na osnovi obvezne participacije zavarovancev, tri komercialne zavarovalnice (Vzajemna, Adriatic, Triglav), ki ponujajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje (PZZ). Dopolnilno zdravstveno zavarovanje krije zdravstvene storitve le v določenem deležu, ki ga ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Koriščenje storitve kljub vključenosti v obvezno zdravstveno zavarovanje tako s strani zavarovanca ni mogoče, saj mora zavarovanec v primeru koriščenja zdravstvene storitve to doplačati v primeru, da nima sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Nižanje deleža obveznega zdravstvenega zavarovanja v kritju cene storitve povečuje preveliko koriščenje zdravstvenih storitev ter daje napačne vzpodbude razvoju. Plačilo opravljenih zdravstvenih storitev iz naslova dodatnega zdravstvenega zavarovanja je neomejeno (do realizacije), kar izvajalcem zdravstvenih storitev ob povečevanju deleža dodatnega zdravstvenega zavarovanja daje možnost, da zaradi večje prodaje izvajajo in obračunajo tudi zdravstvene storitve, ki so s strokovnega vidika nepotrebne. V Sloveniji je v OZZ vključeno praktično vse prebivalstvo in tako naj bi tudi v prihodnje ostalo. Nekateri predlogi so šli tudi v smer, da naj bi v izvajanje OZZ vključili več zavarovalnih organizacij (javnih in zasebnih), kar naj bi med njimi spodbudili konkurenčnost. Takšni predlogi nimajo racionalne utemeljitve. Med zdravstvenimi zavarovanji, ki izvajajo OZZ pod enakimi pogoji, ne moremo pričakovati prave konkurenčnosti v poslovanju. Skupni administrativni stroški izvajanja OZZ v več zavarovalnicah bi bili višji, kot so sedaj pri eni zavarovalnici. Če pa bi izvajale OZZ tudi zasebne (komercialne) zavarovalnice, bi bili priča kartelnemu povezovanju med njimi in skupnim pritiskom na državo za povečevanje prispevnih stopenj za OZZ in cen javnih zdravstvenih storitev. Pritiski bi skoraj zanesljivo dobili podporo izvajalcev (zlasti zasebnih s koncesijo), morda tudi podporo bolnikov. Zdravstvena politika bi bila v takšnih razmerah nemočna. Snovalci nove zdravstvene zakonodaje razmišljajo v smeri ukinitve PZZ. Sedanji sistem zdravstvenega zavarovanja dolgoročno ni vzdržen, za javne finance pa je izziv, kako pokriti primarni finančni primanjkljaj v zdravstvu, kako pokriti dodatni primanjkljaj ob eventualni ukinitvi PZZ in kako zagotoviti potrebna sredstva za pokojninski sistem in sistem dolgotrajne oskrbe. (ZZZS, Informacije in storitve za zavarovane osebe, 2014)

Sistem zdravstvene dejavnosti je izpostavljen v drugem sklopu magistrskega dela. Zdravstvena dejavnost je urejena z Zakonom o zdravstveni dejavnosti, ki razvršča zdravstveno dejavnost glede na njeno zahtevnost in potrebno dostopnost na tri ravni;

primarno (osnovno zdravstveno in lekarniško), ki je najbolj približana prebivalstvu in njegovim temeljnim zdravstvenim potrebam; sekundarno, ki zagotavlja tehnološko in organizacijsko zahtevnejše načine zdravljenja, vključno s hospitalizacijo; terciarno, ki jo zakon opredeljuje kot najzahtevnejše ambulantno in bolnišnično zdravljenje, oblikovanje kliničnih smernic, stopenjske diagnostike in zdravljenja in njihovo posredovanje drugim bolnišnicam ter izvajanje podiplomskega izobraževanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Eden od pomembnih elementov za blažitev neizogibnega porasta deleža za zdravstvo je povečanje učinkovitosti zdravstvenih izvajalcev, predvsem javnih zavodov. Kolikšna je učinkovitost izvajalcev zdravstvene dejavnosti danes dejansko ne vemo, ker izvajalci gospodarijo v okviru dodeljenega proračuna, ki ne dopušča fleksibilnosti v upravljanju in ne dovoljuje substitucije v programih in postopkih zdravljenja. Stroka iz zdravstvenih domov je dolgo časa trdila in še trdi, da se v zdravstvu ne da meriti rezultatov dela, ter da se sploh ne da meriti učinkovitosti v zdravstvu. Ekonomisti pa trdijo nasprotno, da se največja stopnja zdravja lahko dosega z različnimi kombinacijami inputov in je za presojo ekonomske učinkovitosti smiselno analizirati alokacijske, tehnične in stroškovne vidike posameznega izvajalca. Slovenske bolnišnice so 100-odstotno v državni lasti, imajo zelo nizko stopnjo avtonomije upravljanja in so stroškovno ter poslovno slabo učinkovite. Finančno stanje slovenskih bolnišnic je na podlagi finančnih izkazov Ministrstva za zdravje na zaskrbljujoči ravni. Potrebne so nujne in čimprejšnje spremembe v upravljanju bolnišnic. (Kranjec, 2009)

Tretji sklop je namenjen vodenju čakalnih dob, kar je v pristojnosti Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja na podlagi Zakona o pacientovih pravicah. Mnenje stroke je o merjenju čakalnih dob deljeno. Nekateri pravijo, da gre za inštrument neupravičenega podeljevanja koncesij nekaterim zasebnim zdravnikom, drugi pa spet pravijo, da je merjenje čakalnih dob inštrument, zoper katerega v obstoječi situaciji nimamo blažilnega sredstva (»Čakalne dobe pač so!«). Dejstvo pa je, da se čakalne dobe po posameznih zdravstvenih storitvah nevzdržno povečujejo. Gre za nedopustno situacijo, ko čakajoči na operacijo tudi umirajo. V prvi vrsti pa je po mojem mnenju nedopustno, da zdravstvene programe po posameznih bolnišnicah izvajajo zdravniki, ki to delo opravljajo v več inštitucijah hkrati.

Četrty sklop magistrske naloge je namenjen nujnim spremembam obstoječega zdravstvenega sistema. Zasedovanje zdravstvenih programov, ki sledijo napredkom zdravljenja je nujno, če želimo ohraniti sistem zdravstva, ki bo v koraku s časom. Robotska kirurgija kot zdravstveni program omogoča boljšo obravnavo pacienta, vendar dražjo, ki pa se lahko z leti in številom operativnih posegov tudi zniža. Primer robotske kirurgije – prostatektomije je bil v rokah odločitve uprave Splošne bolnišnice Celje. Odločili so se, da bo robot da Vinci kupila in da bo robotsko radikalno prostatektomijo pričela izvajati, vendar bo stroške, ki bodo presegli višino priznanega za operativni poseg na klasičen način, krila bolnišnica sama. Priprava na izvajanje operacije z robotom je terjala ustrezne edukacije in pridobitev ustreznih potrdil za izvajanje robotske asistiranе radikalne prostatektomije. Finančna projekcija ob uvedbi robotske kirurgije v SB Celje predvideva poleg trženja robotske kirurgije v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

tudi trženje izven slovenskega prostora. Trženje je predvideno ob predpostavki geografske umeščenosti Slovenije in pokritosti regije z robotsko kirurgijo. Za področje vzhodnega Balkana, kjer robotskih sistemov nimajo (Hrvaška, Bosna in Hercegovina, Srbija, Makedonija, Črna gora, Kosovo, Ukrajina ...), se predvideva približno 100 posegov letno. Izvedba operacije robotska prostatektomija je bila do nedavnega v režiji same bolnišnice Celje. Stroški operacije pa so bili veliko večji, kot je bil povrnjen strošek za operacijo na podlagi SPP – skupine primerljivih primerov. Šele z Aneksom št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2013, z dne 25. 7. 2013, so se ti stroški za operacijo z robotom da Vinci nekoliko zmanjšali, saj so vključili novi program SB Celje za leto 2013, s katerim so odobrili 100 robotsko asistiranih radikalnih prostatektomij v vrednosti 238.200 EUR. Ta številka priča na nestimulativnost bolnišnice, saj jim je finančno odobrenih le 100 operativnih posegov, bolnišnica pa je v letu 2013 že pridelala nekaj čez 400.000 evrov izgube, kar pomeni, da ji bo sredstev, ki bi presegli število operativnih posegov, zmanjkalo. Takšne delne pomoči države pri financiranju programov ne gre šteti za posledični uspeh bolnišnice, temveč gre v smeri opustitve novodobnih zdravstvenih programov.

V nadaljevanju četrtega sklopa magistrskega dela izpostavljam vprašanje zdravnikov specialistov v slovenskem prostoru, ki opravljajo enako delo v javnem zavodu in pri koncesionarju iz razlogov pomanjkanja zdravnikov in zmanjševanja čakalnih dob. Obstoječa zakonodaja in nekateri predlogi nove zakonodaje na področju zdravstvene dejavnosti dopuščajo delo zdravstvenega osebja (predvsem zdravnikov) praktično povsod v javni in zasebni zdravstveni dejavnosti. Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije dela v zasebnih ambulantah družinske in splošne medicine 308 zdravnikov, ki skrbijo za 27 % Slovencev, 806 je zasebnih zobozdravnikov (60 %vseh), od tega je 47 % koncesionarjev, vključenih v javno mrežo. Na primarni ravni ima koncesijo 49 ginekologov (42 %), zasebnih pediatrov s koncesijo pa je 56 in skrbijo za okoli 20 % otrok.

V Kirurškem sanatoriju Rožna dolina več kot polovico svojih zdravnikov najemajo. Po njihovih lastnih podatkih imajo le 7 redno zaposlenih zdravnikov, 13 zdravnikov z njimi sodeluje po pogodbi (med njimi jih 11 ni zaposlenih v nobeni drugi zdravstveni ustanovi, dva le za del delovnega časa), manjši obseg dela pa zanje opravlja še 15 zdravnikov, redno zaposlenih drugje, večino v UKC Ljubljana ali Maribor. Najemati zdravnike po pogodbi je seveda ceneje. Zakaj pravzaprav delodajalec zdravnikom, ki jim plačuje plačo za polni delovni čas in dodatna izobraževanja, dovoli delati tudi drugje?

V petem, zadnjem, sklopu magistrskega dela povzemam primerjalne sisteme zdravstvenega varstva, in sicer za Nizozemsko, Dansko in Avstrijo. Uvodoma tako izpostavim nizozemski sistem, kjer so tekoči izdatki za zdravstveno varstvo sicer najvišji v EU, vendar pa se čakalne dobe v bolnišnicah po letu 2006 opazno zmanjšujejo. Pri nizozemskem sistemu je potrebno izpostaviti sistem DTC, ki med drugim ureja plačilo zdravnikov po storilnosti. Na Nizozemskem je bil DTC sistem uveden kot orodje, ki uvaja tržno konkurenco namesto orodja za nadzor stroškov. Na tej podlagi se tako pričakuje prosto oblikovanje cen na trgu, da bi bile bolnišnične oskrbe učinkovitejše. Namen uporabe sistema DTC in sistema FFS je izogniti se finančni izgubi na bolnika ali pridobiti dodaten dohodek pri bolnikih z visokimi stroški. V sistemu DTC imajo bolnišnice gospodarsko spodbudo za zdravljenje in so bolj donosne. Zdravljenje bolnikov z visokimi

stroški je tako mogoče nadomestiti z zaračunavanjem za več DTC. Nizozemski sistem po mednarodni raziskavi EHCI zaseda vrh lestvice že od leta 2013. Zbrali so 898 točk od možnih 1.000 in so tako prepoznani kot učinkovitejši zdravstveni sistem v EU. V nadaljevanju izpostavim danski zdravstveni sistem kot primer dobre prakse. Izdatki za zdravstvo so na Danskem prav tako nekoliko nad ravno, in sicer 11,5 % BDP, sami izdatki na prebivalca za leto 2010 pa znašajo 3.630 USD. Kot posebnost pri danskem sistemu v nalogi izpostavljam *"Prosto izbiro bolnišnice in zagotovljene čakalne dobe"*, kar pomeni, da bolniki za obravnavo lahko izbirajo med javnimi bolnišnicami in nekaterimi zasebnimi neprofitnimi bolnišnicami na Danskem z enako stopnjo specializacije. Čakajočim je bilo jamstvo skrajšano iz dveh mesecev na en mesec. Od svoje ustanovitve v letu 2010 pa je več kot 440.000 bolnikov, ki uporabljajo svojo pravico, da se obravnavajo v zasebnih bolnišnicah in klinikah. Tudi Danska se po mednarodni raziskavi ECHI uvršča na zavidljivo 5. mesto in je prav tako prepoznana kot država z najbolj učinkovitim zdravstvenim sistemom v EU. Ob koncu naloge izpostavim avstrijski zdravstveni sistem, kjer so izdatki za zdravstvo v letu 2010 znašali skoraj 11 % BDP, kar je precej nad povprečjem EU-15. To kaže, da je poraba zdravstvenih storitev v Avstriji zelo visoka. Zaradi finančnih težav so avstrijske občine, kot lastnice bolnic, lastnino le-teh prenesle v deželne holdinške družbe. Tako so se v večini avstrijskih zveznih dežel prej občinske bolnice preoblikovale v bolnišnične holdinške organizacije. V Avstriji tako beležijo povečanje ekonomizacije zdravstvenega sistema in težnjo po večji privatizaciji zdravstvenega sistema, reforme v bolnišničnem sektorju pa so šle v smeri večje tržne usmerjenosti. Preoblikovanje javnih bolnic v gospodarske družbe v Avstriji pa ni spremenilo lastništva bolnic, ki še naprej ostajajo javne bolnice, vendar pa imajo sedaj bistveno večjo avtonomijo pri upravljanju. Avstrija se po mednarodni raziskavi Euro health Consumer Indexu uvršča na 10. mesto; prejela je 780 točk od možnih 1000.

7 PREVERITEV HIPOTEZ

Hipoteza 1: Ukinitvev dodatnega zdravstvenega zavarovanja po obstoječem sistemu zdravstvenega varstva dolgoročno predstavlja večji primanjkljaj. To hipotezo **potrjujem**.

Po študiji Inštituta za ekonomska raziskovanja bo po obstoječem sistemu zdravstvenega varstva leta 2025 v zdravstvu zmanjkalo 152,1 mio evrov, ob ukinitvi dodatnega dopolnilnega zavarovanja pa še dodatnih 643,4 mio evrov. Ta ugotovitev je pokazatelj nespremenjene strukture zdravstvenih izdatkov in finančnih virov v času nastajanja finančnega primanjkljaja kot posledice demografskih gibanj, rasti BDP in nedemografskih dejavnikov. Brez dodatnih finančnih virov in sprememb pri izdatkih obstoječi sistem dolgoročno predstavlja večji primanjkljaj v zdravstveni blagajni.

Eventualna ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja bi pred javne finance postavila dodatno višjo zahtevo, ki bi se v prihodnosti povečevala, saj se bo delež aktivnega prebivalstva, ki nosi glavino davčnega bremena, dolgoročno zmanjševal. Obstoječe premije za DZZ predstavljajo dolgoročno stabilen vir, ker zajemajo celotno populacijo, so v absolutnih zneskih za vse enake in niso vezane na dohodek posameznika. Posamezniki se dopolnilno zdravstveno zavarujejo in plačajo premijo (iz neto dohodka), ki za veliko večino znaša 27,70 EUR na mesec oz. 332,40 EUR na leto.

Hipoteza 2: Poslovna učinkovitost in kakovost zdravstvene oskrbe je v javnih bolnišnicah na nizkem nivoju. To hipotezo delno **potrjujem**.

Slovenske bolnišnice so v 100-odstotni državni lasti in so kot takšne javne. Imajo nizko stopnjo avtonomije upravljanja, niso imune na vpliv politikov, so stroškovno in poslovno slabo učinkovite, o čemer pričajo tudi rezultati po posameznih bolnišnicah. Poslovni rezultat se je izrazito poslabšal, kar izkazuje delež primanjkljaja v celotnih prihodkih. Najvišje deleže primanjkljaja v poslovanju so izkazale bolnišnice Sežana, Vojnik, Brežice, Trbovlje, Ptuj, Izola in Jesenice. Prihodki bolnišnic so se v 1. polletju 2013 v povprečju znižali za 4,84 %. Velik padec prihodkov naj bi bil posledica 3-odstotnega znižanja cen zdravstvenih storitev 1. 5. 2012 in ponovnega 3-odstotnega znižanja cen zdravstvenih storitev 1. 1. 2013.

Kakovost zdravstvene oskrbe je izražena tudi v čakalnih dobah. Iz zbranih podatkov, ki jih zbira Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, je mogoče ugotoviti, da medletna primerjava 2013/2014 za 47 ostalih specialističnih ambulant pokaže, da je prišlo do povečanja števila čakajočih s 63.446 na 71.115, pri čemer pa še velja, da se je število čakajočih nad dopustno ČD povečalo s 6.882 na 8.561, torej za 1.679 čakajočih.

Glede na to, da je poleg čakalnih dob še mnogo drugih dejavnikov, s katerimi bi lahko izmerili kakovost zdravstvene oskrbe v javnih bolnišnicah, hipoteze, da je kakovost zdravstvene oskrbe v javnih bolnišnicah na nizkem nivoju, ne morem z gotovostjo potrditi.

Hipoteza 3: Čakalne dobe se v specialističnih ambulantah povečujejo iz razlogov pomanjkanja izvajalcev. To hipotezo **potrjujem**.

Iz zbranih podatkov, ki jih zbira Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, je mogoče ugotoviti, da medletna primerjava za 13 specialističnih ambulant pokaže, da je prišlo do zmanjšanja števila čakajočih z 94.619 na 93.107, pri čemer pa velja, da se je število čakajočih nad dopustno ČD povečalo s 4.788 na 6.829, torej za 2.041 čakajočih.

Medletna primerjava za 47 ostalih specialističnih ambulant pa pokaže, da je prišlo do povečanja števila čakajočih s 63.446 na 71.115, pri čemer še velja, da se je število čakajočih nad dopustno ČD povečalo s 6.882 na 8.561, torej za 1.679 čakajočih.

Na podlagi zbranih podatkov medletne primerjave 2013 in 2014 za 13 specialističnih ambulant in 47 drugih specialističnih ambulant je mogoče ugotoviti, da se je skupno število skupaj čakajočih povečalo za 9.967 pacientov. Specialistične ambulante so bile tako na podlagi navedenega za skoraj 10.000 pacientov bolj obremenjene kot leto poprej.

Na podlagi dejstva, da je finančnih sredstev izvajalcem specialističnih ambulant namenjenih čedalje manj, in da so slednja v medletni primerjavi obremenjena za skoraj 10.000 pacientov več kot leto po prej, lahko hipotezo, da se čakalne dobe v specialističnih ambulantah povečujejo iz razlogov pomanjkanja izvajalcev, potrdim.

Hipoteza 4: Zdravstveni programi, ki sledijo napredkom zdravljenja, lahko pripomorejo k zmanjševanju finančnega primanjkljaja javnih zavodov oz. bolnišnic. To hipotezo **delno potrjujem**.

Finančna projekcija ob uvedbi robotske kirurgije v SB Celje predvideva poleg trženja robotske kirurgije v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji tudi trženje izven slovenskega prostora. Trženje je predvideno ob predpostavki geografske umeščenosti Slovenije in pokritosti regije z robotsko kirurgijo. Glede na področje vzhodnega Balkana, kjer robotskih sistemov nimajo (Hrvaška, Bosna in Hercegovina, Srbija, Makedonija, Črna gora, Kosovo, Ukrajina ...), se predvideva približno 100 posegov letno.

Učinki ocene ekonomske upravičenosti so znatno pomembnejši kot pa naložbeni zneski ali obratovalni stroški. Med koristi so uvrščene skrajšanje ležalne dobe s povprečno 11 na povprečno 4 dni, krajši čas odsotnosti z dela iz 244 na 60, drugi učinki, ki dodatno zmanjšujejo stroške in druge ugodnosti, ki jih praviloma ni mogoče ovrednotiti z denarjem.

Stroškovna učinkovitost se lahko poveča s povečanjem obsega poslovanja ali z zmanjšanjem stroškov. Če se število operacij poveča, se zmanjšajo fiksni stroški na enoto. Zdravstveni programi, ki sledijo napredkom zdravljenja, lahko s trženjem naprednega zdravljenja pripomorejo k zmanjševanju finančnega primanjkljaja v javnih zavodih oz. bolnišnicah, če je teh posegov na letni osnovi več kot 500. V nasprotnem primeru pa je robotska prostatektomija ekonomsko nevzdržna.

Hipoteza 5: Zdravnik specialist v slovenskem prostoru opravlja enako delo v javnem zavodu in pri koncesionarju. To hipotezo **potrjujem**.

Obstoječa zakonodaja in nekateri predlogi nove zakonodaje na področju zdravstvene dejavnosti dopuščajo delo zdravstvenega osebja (predvsem zdravnikov) praktično povsod v javni in zasebni zdravstveni dejavnosti.

V zasebni kliniki Kirurški sanatorij Rožna dolina več kot polovico svojih zdravnikov najemajo. Po njihovih lastnih podatkih imajo le 7 redno zaposlenih zdravnikov, 13 zdravnikov z njimi sodeluje po pogodbi (med njimi jih 11 ni zaposlenih v nobeni drugi zdravstveni ustanovi, 2 le za del delovnega časa), manjši obseg dela pa zanje opravlja še 15 zdravnikov, redno zaposlenih drugje, večino v UKC Ljubljana ali Maribor. Najemati zdravnike po pogodbi je seveda ceneje.

Dejavniki zmanjševanja čakalnih dob zagotovo ni odvisen od enega zdravnika specialista, ki opravi isto delo oz. specialnost v dveh različnih zdravstvenih ustanovah. Saj bi ta zdravnik specialist lahko to isto delo nadaljeval v inštituciji, kjer je zaposlen in bi tako lahko vplival na skrajšanje čakalnih dob v zdravstveni ustanovi, kjer je zaposlen.

Iz podatkov je tako mogoče ugotoviti, da zdravnik specialist v slovenskem prostoru zagotovo opravlja enako delo v javnem zavodu in pri koncesionarju. Takšno početje zdravnikov ohranja stanje zdravstvene pokritosti specialnosti nespremenjeno, kapital pa prehaja iz javne v zasebno last.

Hipoteza 6: Visoki izdatki za zdravstvo v nekaterih državah EU niso jamstvo za nizko čakalno dobo. To hipotezo **zavračam**.

Kot primer preverjanja hipoteze sem uporabila nizozemski zdravstveni sistem, kjer je skupna poraba za zdravje v letu 2010 znašala 12,0 % BDP in je druga med državami OECD in precej nad povprečjem OECD (9,5 %). Na Nizozemskem se je v bolnišnični dejavnosti odpravila omejitev števila medicinskih strokovnih položajev v bolnišnicah. Kot posledica radikalnih sprememb v povečanem plačilnem sistemu v bolnišnici se je ponudba zdravnikov in zdravstvenega osebja v bolnišnicah hitro povečala, čakalne dobe pa naj bi se bistveno zmanjšale. Po nekaterih raziskavah naj bi se v letu 2006 čakalne dobe zmanjšale za približno 50 %, od takrat do danes pa so se tudi postopno zniževale. Od leta 2001 do 2007 se je število sprejemov na 1.000 prebivalcev povečalo v povprečju za 3 % na leto za bolnišnično oskrbo in za 9 % za dnevno varstvo. Od leta 2007 do 2010 se je povprečna letna rast sprejemov še povečala za skoraj 4 %, medtem ko je rast v dnevnom zdravljenju nekoliko popustila, na približno 7,5 % na leto.

Iz podatkov je tako mogoče ugotoviti, da so visoki izdatki za zdravstvo na Nizozemskem jamstvo za nizko čakalno dobo.

Hipoteza 7: Zdravstvene reforme na Danskem in v Avstriji sledijo cilju finančne vzdržnosti in kakovosti zdravstvenega sistema. To hipotezo **potrjujem**.

Danska in Avstrija imata enega najboljših zdravstvenih sistemov na svetu. Dostop do zdravstvenih storitev je na visokem nivoju in je lahko tudi za zgled v mednarodnem merilu.

Številne politike na Danskem so bile od sredine 1990 usmerjene v krepitev spodbud za zmanjšanje čakalnih dob zdravljenja in povečanje odzivnosti z uvedbo konkurence med javnimi bolnišnicami in zasebnimi ponudniki. To področje je na Danskem urejeno z Zakonom o svobodni izbiri bolnišnic za bolnike, ki je bil sprejet že leta 1993. Bolniki tako lahko izbirajo med javnimi bolnišnicami na Danskem in nekaterimi zasebnimi, neprofitnimi bolnišnicami z enako stopnjo specializacije. "Razširjena svobodna izbira" je bila v kombinaciji z garancijo čakalnega časa uvedena leta 2002 in vključujejo vrsto zasebnih objektov in objektov v tujini za bolnike s pričakovanimi čakalnimi dobami za zdravljenje (po postavljeni diagnozi) več kot dva meseca. Pacientova izbira je omejena na zasebne bolnišnice, ki imajo dogovor s svojo regijo in vključujejo tudi nekaj bolnišnic v tujini, predvsem na Švedskem in v Nemčiji. Čakalni čas se je od 1. 10. 2007 tako zmanjšal z dveh mesecev na en mesec.

Danska se je po mednarodni raziskavi EHCI uvrstila na 5. mesto in v letu 2014 prejela 836 točk. V letu 2008 je Danska na omenjeni lestvici prišla na 2. mesto že s tem, ko je uvedla e-zdravje.

Avstrija je v zadnjih desetih letih temeljito spremenila pravni status javnih bolnic. Le-te so se iz javnih proračunskih enot spremenile preko inkorporacije v avtonomne organizacije pod režimom zasebnega korporacijskega prava, kar je tudi bistveno spremenilo odnos med javnimi lastniki (občinami in deželami) in upravljavci (managerji) javnih bolnic. Preoblikovanje javnih bolnic v gospodarske družbe v Avstriji ni spremenilo lastništva bolnic, ki še naprej ostajajo javne bolnice, vendar imajo sedaj bistveno večjo avtonomijo pri upravljanju.

Pomembni koraki za reforme in izboljšanje preglednosti in dostopnosti informacij so bili v Avstriji uvedeni v zadnjih nekaj letih, pogosto pod vplivom razvoja predpisov in priporočil na ravni EU v zvezi z varnostjo pacientov in e-zdravje. Tako so v treh deželah Avstrije vzpostavili testno fazo e-zdravil, z namenom testiranja učinka na področju varnosti pacientov in preprečevanja možnih neželenih interakcij z drugimi zdravili. Bolnikom v izbranih okrožjih na Dunaju, v Zgornji Avstriji in na Tirolskem bi se zdravila, ki jih je predpisal zdravnik, kot tudi zdravila, ki jih pacient kupi na prostem trgu, registrirala preko elektronske baze podatkov. E-kartica deluje kot ključ do spletne zbirke podatkov, kjer bi lahko zdravniki in farmacevti dostopali do informacij o zdravilih. Kapica pristojbin na recept, uvedena v letu 2008, je bila pomemben korak k zmanjšanju finančnega bremena za posameznike z nizkimi dohodki. Skoraj polovica vseh pristojbin za uporabo v zdravstvenem sistemu je narejena za zdravila na recept. Kapica o pristojbinah na recept pomeni, da so posamezniki, ki porabijo več kot 2 % svojega letnega čistega prihodka od pristojbin za recept, oproščeni plačila takse za preostanek koledarskega leta.

Iz podatkov je tako mogoče ugotoviti, da zdravstvene reforme na Danskem in v Avstriji sledijo cilju finančne vzdržnosti in kakovosti zdravstvenega sistema.

8 PRISPEVEK REZULTATOV RAZISKAVE K ZNANOSTI OZIROMA STROKI

Magistrsko delo oziroma hipoteze, ki so sestavni del naloge, prikazujejo, nekatere slabosti obstoječega zdravstvenega sistema v Sloveniji ter katere sisteme držav Evropske unije bo potrebno v prihodnje zasledovati, če bi želeli imeti javno vzdržen zdravstveni sistem.

Rezultati preučevanih raziskovanj kažejo na dejansko problematiko obstoječega zdravstvenega sistema v luči povečevanja čakalnih dob, neučinkovitega delovanja javnih zdravstvenih zavodov, zmanjševanje finančnih sredstev za zagotovitev kvalitetne obravnave pacientov ter nesmiselno delovanja zdravnikov v več različnih zdravstvenih ustanovah z namenom zagotovitve iste specialnosti.

Rezultati sistemskih sprememb v državah Nizozemske, Danske in Avstrije so pokazatelj hitre prilagodljivosti okolju in družbi. Omenjene države se zaradi hitrega ukrepanja in sprejema zdravstvenih reform uvrščajo v sam vrh zdravstvenih sistemov. Ob iskanju razlogov, da upravičijo svoj sloves, je mogoče ugotoviti, da so reforme, ki so jih sprejeli, zasnovane na dolgi rok.

Nizozemska je kot primer zaznala čakalne dobe v letu 2000. Predvidevali so, da je razlog za dolge čakalne dobe tudi neustrezno nagrajevanja zdravnikov po storilnosti. Zaradi uvedbe plačilnega sistema DTC v letu 2006, ki omogoča sledljivost dela zdravnikov specialistov, so se ustvarile močne spodbude za povečanje produktivnosti. Rezultat je bil povečanje dohodkov zdravnikov specialistov in tudi bistveno povečanje produktivnosti bolnišnične obravnave. Po uvedbi novega sistema zdravstvenega varstva v letu 2006 so se čakalne dobe pričele spremljati kot del letnega pregleda bolnišničnega trga in tako so prišli do spoznanja, da povprečni čas čakanja za skoraj vse kirurške posege v nizozemskih bolnišnicah v letu 2011 ni presegel petih tednov, kar je bilo dogovorjeno med bolnišnicami in zdravstvenimi zavarovalnicami, kot družbeno sprejemljivo.

Na Danskem je bila omogočena prosta izbira bolnišnic, kjer bolniki lahko izbirajo med vsemi javnimi bolnišnicami na Danskem in nekaterimi zasebnimi neprofitnimi bolnišnicami z enako stopnjo specializacije. "Razširjena svobodna izbira", v kombinaciji s čakalnim časom garancije, je bila uvedena leta 2002, kar se odraža v primerjavi s preostalimi državami EU v splošno kratkih čakalnih dobah na Danskem.

V avstrijskem zdravstvenem sistemu je zaznati težnjo po večji tržni usmerjenosti. Mnoge avstrijske občine so bolnišnice prodale provincam in te so potem vključene v večje enote, v t. i. bolnišnična podjetja ali holdinge. So med največjimi delodajalci v svojih deželah in so uspešnejši od večjih industrijskih podjetij. Večje družbe na Dunaju in na Štajerskem so že skoraj tako velike kot zasebne ameriške in nemške ambulante verige, ki delujejo na podoben način.

Rezultati magistrskega dela so pokazali slabosti obstoječega zdravstvenega sistema in nujno spremembo slednjega po vzoru nizozemskega, danskega in avstrijskega zdravstvenega sistema.

9 UPORABNOST REZULTATOV RAZISKAVE

Rezultati analiz v magistrskem delu so pokazali, da bo v Sloveniji stanje zdravstvene blagajne na dolgi rok postalo nevzdržno. Nekatere ideje v zvezi z ukinitvijo dodatnega zdravstvenega zavarovanja po obstoječem sistemu zdravstvenega varstva je po raziskavi mogoče zavrniti, saj slednja predstavlja le manevar, s katerim se želi avtomatično spraviti še več denarja v javni sistem, ki je neodvisen od dohodka posameznikov. S tem se lahko pričakuje progresiven davek za zdravstvo za vse zaposlene, ki bo sicer prikazan kot socialen v primerjavi z dopolnilnim zavarovanjem, kjer velja, da vsi zaposleni plačujejo enak prispevek, vendar pa je tukaj potrebno poudariti, da se socialno ogroženim že danes ni treba dopolnilno zavarovati, ker jim doplačila za zdravstveno storitev pokrije sam proračun.

Glede poslovne učinkovitosti in kakovosti javnih bolnišnic je bilo na podlagi raziskave mogoče ugotoviti, da javne bolnišnice poslujejo negativno, da so stroški večji kot je njihov proračun. Iz tega sledi, da se dejanske učinkovitosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne da izmeriti, saj vemo, da izvajalci gospodarijo v okviru dodeljenega proračuna, ki ne dopušča fleksibilnosti v upravljanju in ne dovoljuje substitucije v programih in postopkih zdravljenja. Čakalne dobe, ki naj bi se povečevale iz razlogov pomanjkanja izvajalcev, so rezultat tega, da se prebivalstvo stara in da se življenjska doba ljudi zaradi tehnološkega napredka podaljšuje. Izvajalci zdravstvene dejavnosti pa zaradi okleščenega proračuna delujejo toliko, kot morajo, in za kar so po tem plačnem sistemu javnih uslužbencev plačani. Če so njihovi zdravstveni programi dovoljeni v nekem številu, potem je to njihov maksimum delovanja. Drugačno diametralno nasprotje je na Nizozemskem. Zdravstvenih programov imajo toliko, kolikor jih je mogoče izvesti. Zdravniško osebje je plačano po storilnosti, ki je evidentirana in sledljiva v sistemu DTC. Da zdravnik specialist v slovenskem prostoru opravlja enako delo v javnem zavodu in pri koncesionarju, je misija nemogoče v državah, kjer velja sistem DTC. Zdravnik v sistemu DTC je polno izkoriščen, motiviran za dodatno delo v inštituciji, kjer je zaposlen, njegov dan pa zagotovo nima 48 ur, kot je to po nekaterih izračunih mogoče ugotoviti v Sloveniji. Raziskava vpeljuje DTC sistema je pristop, ki ga bo potrebno v Sloveniji v bodoče zasledovati, saj bo v nasprotnem primeru postal slovenski zdravstveni sistem še bolj nevzdržen. Danski sistem je šel pri čakalnih dobah še dlje in vzpostavil konkurenčno okolje med javnimi in zasebnimi bolnišnicami. Dopustil je možnost proste izbire bolnišnice pacientom, kar pomeni, da če bolnišnica, ki je bolnika napotila na nadaljnje bolnišnično zdravljenje, kjer se predvidevajo daljše čakalne dobe, bolniku da možnost, da izbere drugo javno bolnišnico ali zasebno bolnišnico ali kliniko, in sicer na javne stroške. Takšni ukrepi krepijo učinkovitost in kakovost javnih bolnišnic in ne nasprotno, kot je to prepričana večina prebivalstva, da je to korak k razprodaji in totalni liberalizaciji javnega zdravja.

Tudi zdravstveni programi, ki sledijo napredku zdravljenja bolnikov, bodo morali biti v bodoče priložnost bolnišnicam oz. javnim zavodom, da zmanjšajo primanjkljaj in povečajo učinkovitost poslovanja. Rezultat raziskave je pokazal, da je robotska prostatektomija operacija, ki jo izvajajo pretežno v razvitih državah, pri nas pa je bila vpeljana šele pred

dvema letoma, s tem, da je bila slednja prosta odločitev bolnišnice, ki je želela delovati konkurenčno državam, kjer so zdravstveni sistemi na zavidljivi ravni. Šele pred letom dni je država komajda sprejela odločitev, da je slednja subvencionirana v nekem deležu, konkretnije v višini stroškov navadne operacije. Takšne delne pomoči s strani države pri financiranju novih konkurenčnih programov ne gre šteti za posledični uspeh bolnišnice, temveč v smeri opustitve novodobnih zdravstvenih programov.

Avstrijski sistem privatizacije je po raziskavi dober primer privatizacije upravljanja bolnišnic, ki bi ga Slovenija lahko povzela. Lastništvo ostane v lasti države, le upravljanje preide v holdinško strukturo, ki lahko s svojim tržnim pristopom postavi trdne temelje v zdravstvu in kar je najpomembnejše za vse prebivalce Slovenije, vzpostavitev varnega in učinkovitega zdravstvenega varstva.

10 ZAKLJUČEK

V zaključku naj poudarim, da me kot državljanko in uporabnico zdravstvenih storitev skrbi kompleksnost in potencialna nevarnost obstoječega zdravstvenega sistema. Hkrati pa sem z veseljem prvič v naši 25-letni demokraciji slišala, da so »naši« predstavniki v vladi jasno in glasno povedali, da je za človeka največja vrednota v življenju zdravje, zato je že skrajni čas, da to človekovo zdravje in sistem, ki ga skuša ohranjati, to je zdravstveni sistem, tudi družbeno in še posebej v politiki začnemo obravnavati drugače. Ja, morda celo privilegirano. Če bomo zmogli dovolj iskrenosti, ne dvomim v uspeh.

S svojim prispevkom sem se omejila zgolj na makroekonomske segmente kompleksnosti področja zdravstva, za katere menim, da sem jih glede na svoje izkušnje sposobna dovolj kompetentno povzeti in morda z drugačnim pristopom tudi pri manj strokovno podkovani javnosti odpreti dimenzijo razmišljanja, ki doslej ni bila opažena.

Kdaj lahko pričakujemo učinkovito upravljanje s katerikoli sredstvi, še posebej z javnimi? Le takrat, ko bo to upravljanje omogočeno in ko bo upravljavec s temi sredstvi od svoje vloge pri tem neposredno osebno odvisen, v finančnem in statusnem oz. položajnem smislu.

Številne analize kažejo, da problem pretežnega dela slovenskega zdravstva ni na nivoju kakovosti zdravstvenih storitev oz. slabosti posameznih medicinskih strok, temveč predstavlja glavni del težav ekonomičnost poslovanja, tako sistema v celoti kot tudi posameznih zavodov znotraj njega.

Večja avtonomija delovanja zdravstvenih inštitucij kot doslej pa je za kaj takega osnovni pogoj. Skrajni čas je, da opustimo demagoško razlikovanje poslovanja gospodarskih družb in javnih zavodov. Seveda so specifikke na eni in na drugi strani, ki jih je z ustrezno regulacijo mogoče upoštevati praktično v celoti, a osnovna logika je povsem enostavna in tako dobro znana izven naših meja. Denimo, velika večina slovenskih bolnišnic letno upravlja z nekaj desetlinami milijonov EUR in številni procesi znotraj tega so povsem enaki kot v gospodarstvu. Uprave imajo lahko pri obračanju teh sredstev celo paleto možnosti, seveda le, če jim je to omogočeno. Zato ocenjujem, da je eden izmed najbolj potencialno učinkovitih predlogov systemske spremembe v zdravstvu prenos nekaterih bistvenih poslovnih pooblastil z države na javne zavode.

Zame niti ni pomembno, kako bomo v bodoče terminološko poimenovali delovanje zdravstvenih inštitucij, bistvenega pomena se mi zdi, da z organizacijo delovanja sledimo dvema ciljema. Prvič, da poskrbimo za ekonomsko učinkovito posloводство, drugič za kompetentno in v največji meri suvereno strokovno vodstvo.

LITERATURA IN VIRI

LITERATURA

1. Albreht, T. (2005). *Zasebnništvo v različnih zdravstvenih sistemih*. Pridobljeno 5. 3. 2014 iz http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravnicki_Vestnik/vestnik/st5-7-8/st5-7-8-455-475.htm.
2. Bručan, A. (2005). *Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu*. Pridobljeno 5. 3. 2014 iz http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravnicki_Vestnik/vestnik/st5-7-8/st5-7-8-455-475.htm.
3. Česen, M. (1997). *Oblike plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
4. Česen, M. (2006). *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje.
5. Finance (2014). *Večina bolnišnic skriva stroške storitev pred ZZSZ*. Finance, (26).
6. RTV SLO (2015). *Opozorila na »enormno« povečanje čakalnih dob v zadnjem letu*. RTV SLO, (19. 5. 2015)
7. Hasaart, F. (2011). *Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
8. Kersnik, J. (1998). *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD.
9. Kranjec, M. (2011). *Nekateri strateški problemi slovenskega zdravstva*. Pridobljeno 24. 1. 2011 iz http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/projekti_do_2009/SSGR_07-08/SSGR_7_Kranjec.pdf.
10. Kukovič, U. (2012). *Javno in zasebno zdravstvo, konkurenca pa taka*. Manager, (12/6). Pridobljeno 4. 3. 2014 iz <http://www.finance.si/355943/Javno-in-zasebno-zdravstvo-konkurenca-pa-taka>.
11. Langenbrunner, W. (2002). *Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries*. Buckingham: Open University Press.
12. Mravljak v Kersnik (2009). *Vrednotenje kakovosti dela, organizacije dela in obremenjenosti v zdravstvu*. Ljubljana: Zbornik Ekonomske fakultete Ljubljana, 20. 1. 2009.
13. Poredoš, P. (2005). *Javno in zasebno zdravstvo*. Pridobljeno 5. 3. 2015 iz http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravnicki_Vestnik/vestnik/st5-7-8/st5-7-8-455-475.htm.
14. Šušteršič, J. (2014). *Ukinitev dopolnilnega zavarovanja je slepilni manever*. Pridobljeno 9. 10. 2014 iz http://www.siol.net/priloge/kolumne/janez_sustersic/2014/10/dopolnilno_zavarovanje.aspx.
15. Zaletel-Kragelj, L. & Eržen, I. & Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
16. Židanik, A. (2005). *Privatizacija zdravstva na primarni ravni – prednosti in pomanjkljivosti*. Pridobljeno 5. 3. 2014 iz http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravnicki_Vestnik/vestnik/st5-7-8/st5-7-8-455-475.htm.

VIRI

17. (1991). Ustava Republike Slovenije (URS). Ur. list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148 in 47/13 – UZ90, 97, 99.
18. (1991). Zakon o zavodih (ZZ). Ur. list RS, št. 12/91, 17/91, 55/92, 66/93, 8/96, 36/2000.
19. (2005). Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZdej). Ur. list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13.
20. (2006). Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Ur. list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS,87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1 in 95/14 – ZUJF-C).
21. (2006). Zakon o zdravniški službi (ZZdrS). Ur. list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ in 40/12 – ZUJF.
22. (2008). Zakon o pacientovih pravicah (ZPP). Ur. list RS št. 15/2008.
23. (2010). Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. (PNDČD). Ur. list RS, št. 63/10.
24. (2011). Zakon o tujcih (ZT). Ur. list RS, št. 50/11.
25. Bilten, (2007). *Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev*. Pridobljeno 22. 1. 2014 iz <http://temena.famnit.upr.si/files/files/Svensek.pdf>.
26. EK, (2007). *Skupaj za zdravje: Strateški pristop EU za obdobje 2008–2013*. Pridobljeno 17. 6. 2014 iz http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/strategy_wp_sl.pdf.
27. Eurostat, (2014). *Healthcare statistics*. Pridobljeno 3. 11. 2014 iz http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_statistics#Healthcare_expenditure_2.htm.
28. EHCI, (2012). *Euro Health Consumer Index 2012*. Pridobljeno 5. 3. 2015 iz <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>.
29. EHCI, (2014). *Euro Health Consumer Index 2014*. Pridobljeno 27. 2. 2015 iz http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf.
30. HSPM, (2015). *Denmark - Health expenditure*. Pridobljeno 14. 1. 2015 iz <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/livinghit.aspx?Section=6.1%20Analysis%20of%20recent%20reforms&Type=Section>.
31. HSPM, (2015). *Denmark - Principal health reforms*. Pridobljeno 27. 1. 2015 iz <http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/livinghit.aspx?Section=6.1%20Analysis%20of%20recent%20reforms&Type=Section>.
32. HSPM, (2015). *Austria - Organization and governance*. Pridobljeno 2. 2. 2015 iz <http://www.hspm.org/countries/austria08012013/livinghit.aspx?Section=1.4%20Health%20status&Type=Section>.
33. HSPM, (2015). *Austria – Financing*. Pridobljeno 15. 2. 2015 iz <http://www.hspm.org/countries/austria08012013/livinghit.aspx?Section=1.4%20Health%20status&Type=Section>.

34. HSPM, (2015). *Austria - Principal health reforms*. Pridobljeno 15. 2. 2015 iz <http://www.hspm.org/countries/austria08012013/livinghit.aspx?Section=6.1%20Analysis%20of%20recent%20reforms&Type=Section>.
35. IER, (2014). *Ocena dolgoročne javno finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja*. Pridobljeno 7. 6. 2014 iz <http://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2014/04/Studija.pdf>.
36. Iniciativa zdravnikov, (2013). *Zaposlovanje novih kadrov*. Pridobljeno 4. 3. 2015 iz <http://iniciativa-zdravnikov.si/wp-content/uploads/2013/05/Zaposlovanje-novih-kadrov-v-zdravstvenem-sistemu.pdf>.
37. IVZ, (2013). *Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 4. 2013*. Pridobljeno 5. 5. 2014 iz http://www.ivz.si/cakalne_dobe_porocila?pi=5&_5_Filename=6665.pdf&_5_MediaId=6665&_5_AutoResize=false&pl=205-5.3.
38. MDDSZ, (2011). *Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Pridobljeno 30. 7. 2011 iz http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/ZDOZDO_uvod__cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf.
39. MZ, (2011). *Postopek ocenjevanja in vključevanja novih ali spremenjenih zdravstvenih programov in drugih novosti pri metodah dela v programe zdravstvene dejavnosti v RS*. Št. dokumenta: 0130-57/2009-4.
40. MZ, (2013). Ljubljana: *Vloga novega zdravstvenega programa, Robotsko asistirana radikalna prostatektomija v SB Celje*. Št. dokumenta 0130-92/2010-1.
41. MZ, (2013). *Zapisnik 2/2013 seje Zdravstvenega sveta*. Pridobljeno 7. 6. 2014 iz http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_ostala_posvetovalna_telea/zdravstveni_svet/zapisniki_sej/.
42. MZ, (2013). *Zapisnik 4/2013 seje Zdravstvenega sveta*. Pridobljeno 7. 6. 2014 iz http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_ostala_posvetovalna_telea/zdravstveni_svet/zapisniki_sej/.
43. MZ, (2013). *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji*. Pridobljeno iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mreza_na_primarni__sekundarni_in_terciarni_ravni/Mreza_za_ZS_13-11-2013-lektorirano.pdf.
44. MZ, (2013). *Predlog zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (PZZDej)*. Pridobljeno 7. 7. 2014 iz http://www.vlada.si/delo_vlade/gradiva_v_obravnavi/gradivo_v_obravnavi/?tx_govpapers_pi1%5Bsingle%5D=%2FMANDAT13%2FVLADNAGRADIVA.NSF%2F18a6b9887c33a0bdc12570e50034eb54%2F76860242659bd921c1257bef004ee5ed%3FOpenDocument&cHash=9736940feadeca6d8ace0e778bae0614.
45. MZ, (2010). *Predlog zakona o zdravstveni dejavnosti (PZZDej)*. Pridobljeno 9. 7. 2014 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/medresorsko_u_ZZDej_120210/medresorsko_u_ZZDej_12.2.2010_.pdf.
46. MZ, (2013). *Poslovanje bolnišnic se poslabšuje zaradi negativnega denarnega toka, bolnišnice izkazujejo visoke zneske zapadlih obveznosti do upnikov*. Pridobljeno 2. 4. 2014 iz http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/article/670/6665/4583527ba8d2da79703ccb825aeced72/.

47. MZ, (2007). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013*. Pridobljeno 14. 1. 2011 iz <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?stevilka=3163&urlid=200872>.
48. MZ, (2013). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP*. Pridobljeno 17. 6. 2014 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ekonomika/Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2012.pdf.
49. MZ, (2009). *Osnove pravne ureditve s področja zdravstvenega varstva in javnega zdravja*. Pridobljeno 8. 7. 2015 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/strokovni_izpiti/Prirocnik_za_zakonodajo_maj_2009.pdf.
50. NIJZ, (2014). *Mesečno poročilo o čakalnih dobah, 1. april 2014*. Pridobljeno 5. 4. 2014 iz http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=205&pi=5&_5_id=2507&_5_PageIndex=0&_5_groupId=336&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=205-5.0.
51. OECD, (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector - The Netherlands*. Pridobljeno 15. 10. 2014 iz <http://www.oecd.org/health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works-9789264179080-en.htm>.
52. OECD, (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector - Denmark*. Pridobljeno 15. 10. 2014 iz <http://www.oecd.org/health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works-9789264179080-en.htm>.
53. Pique, (2006). *Liberalisation, privatisation and regulation in the Austrian healthcare sector/hospitals*. Pridobljeno 5. 4. 2015 iz http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_CountryReports_Health_Austria_November2006.pdf.
54. UMAR, (2014). *Poročilo o razvoju 2013*. Pridobljeno 8. 4. 2014 iz http://www.umar.gov.si/publikacije/porocilo_o_razvoju/publikacija/zapisi/porocilo_o_razvoju_2013/35/?tx_ttnews%5Bsyar%5D=2013&cHash=206eff6b8a.
55. UMAR, (2012). *Poročilo o razvoju 2011*. Pridobljeno 8. 4. 2014 iz http://www.umar.gov.si/publikacije/single/publikacija/zapisi/porocilo_o_razvoju_2011/.
56. VRS, (2011). *Slovenska izhodna strategija 2010–2013*. Pridobljeno 4. 3. 2012 iz http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/Protikrizni_ukrepi/izhod_iz_krize/pregled/ZZDej-1_20.10.2009.pdf.
57. VRS, (2011). *Nacionalni reformni program (NRP)*. Pridobljeno 12. 3. 2014 iz http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/20_scps/2011/01_programme/si_2011-04-19_nrp_sl.pdf.
58. VRS, (2012). *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Pridobljeno 11. 2. 2012 iz http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENEGA_SISTEMA_DO_LETA_2020_pdf_160211.pdf.
59. ZZZS, (2012). Ljubljana: *Poslovno poročilo za leto 2012*.
60. ZZZS, (2012). *Posvet o spremljanju čakalnih dob*. Pridobljeno 12. 6. 2014 iz http://stari.ivz.si/cakalne_dobe_novice?pi=5&_5_Filename=5547.pdf&_5_MediaId=5547&_5_AutoResize=false&pl=197-5.3.
61. ZZZS, (2013). Ljubljana: *Poslovno poročilo za leto 2013*.
62. ZZZS, (2014). *Informacije in storitve za zavarovane osebe*. Pridobljeno 5. 4. 2014 iz https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portal/azos/vkljucitev_ozz_kzz/vkljucitev_v_ozz/#.