

# **Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji**

## **Povzetek in ključne ugotovitve**

(lektorirana verzija)

**Januar 2016**

# Kazalo

Uvod .....	1
Slovenski zdravstveni sistem z vidika mednarodnih primerjav .....	2
Povzetek ključnih ugotovitev poročil o zdravstvenem sistemu v Sloveniji .....	9
Pregled izdatkov v zdravstvu .....	9
Pregled virov financiranja sistema zdravstvenega varstva .....	12
Poročilo o procesu nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev .....	19
Optimizacija zagotavljanja zdravstvenih storitev .....	23

# Uvod

V Sloveniji poteka proces fiskalne konsolidacije, katere cilj je omejevanje in prestrukturiranje javne porabe. V tem procesu so nujne strukturne reforme za izboljšanje učinkovitosti in uspešnosti porabe javnih sredstev. Hkrati je Evropska komisija leta 2014 za Slovenijo izdala priporočilo Sveta v zvezi z nacionalnim reformnim programom (Country Specific Recommendations – CSR) v povezavi z makroekonomskimi neravnovesji, vzdržnostjo zdravstvenega sistema in dolgotrajno oskrbo. Izrazili so potrebo po pripravi pregleda izdatkov za zdravstveno varstvo, ki naj bi bil podlaga za pripravo sprememb in reformnih procesov.

Pritiski na zdravstveni sistem se bodo nadaljevali kot posledica rastočih potreb in stroškov v času stabilizacije gospodarstva, stalnega uvajanja novih tehnologij, rastočega bremena kroničnih nenalezljivih bolezni in hitrega staranja populacije. Slovenija je v Evropski skupnosti ena izmed držav, v kateri se bodo javni izdatki zaradi staranja populacije do leta 2060 najbolj povečali. Izdatki za zdravstvo se bodo med letoma 2010 in 2060 predvidoma povečali od 0,5 do 2,6 odstotka BDP. Izdatki za dolgotrajno oskrbo pa se bodo verjetno povečali z 1,4 odstotka BDP v 2010 na 2,8 do 5,6 odstotka BDP v letu 2060.<sup>1</sup>

Ministrstvo za zdravje je kot odgovor na priporočila sklenilo pogodbo z Evropskim uradom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik, da v sodelovanju s slovenskimi strokovnjaki izpeljeta projekt Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. Namen je bil na eni strani podati priporočila Evropske komisije in na drugi pripraviti pregled delovanja zdravstvenega sistema kot podlago za reformni proces. Analiza, ki bo kot posebna publikacija izdana leta 2016, vključuje celovit opis in pregled sedanjega zdravstvenega sistema, njegovo delovanje, organizacijo in financiranje. Vključuje naslednja poročila:

- Pregled izdatkov v zdravstvu;
- Pregled virov financiranja sistema zdravstvenega varstva;
- Poročilo o procesu nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev;
- Optimizacija zdravstvene oskrbe.

Na podlagi rezultatov Analize zdravstvenega sistema je nastala Resolucija o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, ki upošteva tako naraščanje stroškov v zdravstvu in demografske spremembe kot tudi dejstvo, da hočemo v Sloveniji tudi v prihodnje stalno izboljševati zdravstvene izide.

---

<sup>1</sup> European Commission. The 2012 Ageing Report, European Economy, 2, May 2012, Brussels.

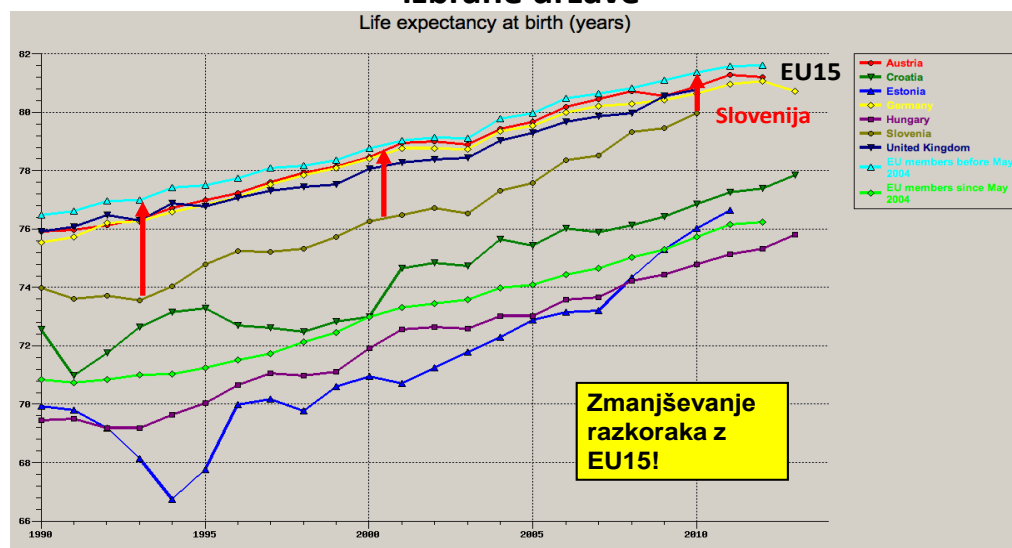
# Slovenski zdravstveni sistem z vidika mednarodnih primerjav

Primerjava slovenskega zdravstvenega sistema z drugimi v Evropi, še posebno s tistimi v Srednji in Vzhodni Evropi (CEE), glede ključnih strukturnih karakteristik podaja spodbudno sliko. Slovenski zdravstveni sistem dosega lepe rezultate pri nekaterih kazalnikih, pogosto med povprečjem EU15 in EU13, po nekaterih kazalnikih pa je v samem vrhu. V nadaljevanju sledi prikaz nekaterih kazalnikov na področju zdravstvenega stanja, organizacije, financiranja in zdravstvene oskrbe, ki skupaj predstavljajo konceptualni okvir zaključkov analize.

## Zdravstveno stanje

Dva najpomembnejša kazalnika za prikaz zdravstvenega stanja sta pričakovano trajanje življenja in umrljivost dojenčkov. Od leta 1990 naprej je Slovenija vztrajno zmanjševala razkorak med novimi državami članicami (EU13) in starimi državami članicami (EU15) Evropske skupnosti (slika 1). Umrljivost dojenčkov se velikokrat uporablja tudi kot kazalnik učinkovitosti zdravstvenega sistema. Tukaj je Slovenija naredila velik korak naprej, saj se je od začetka leta 1990, ko je bila v povprečju EU15, povzpela v sam vrh med evropskimi državami (slika 2).

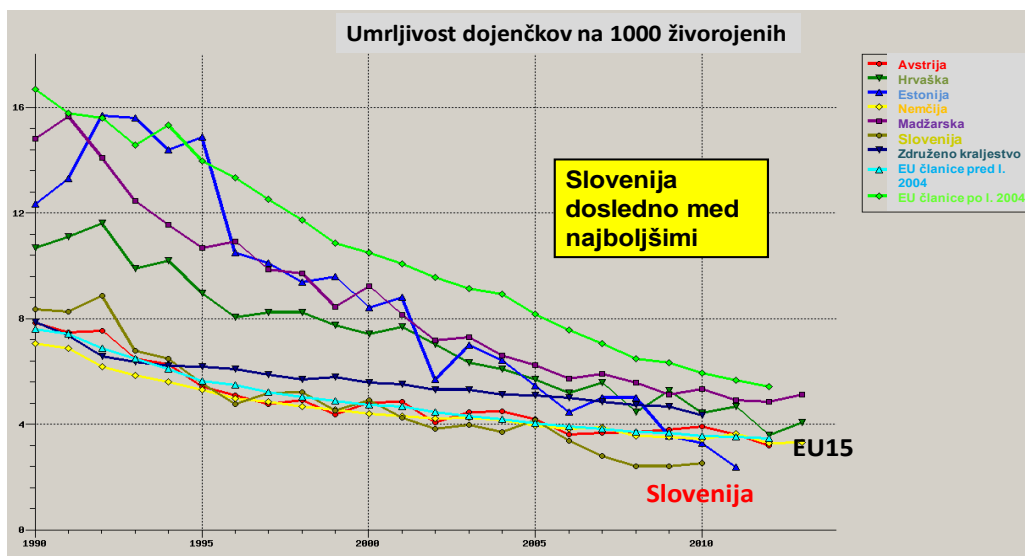
**Slika 1: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu, izbrane države**



Vir: Evropski urad SZO, 2015<sup>2</sup>

<sup>2</sup> WHO Regional Office for Europe (2015). European Health for All database (HFA-DB) . Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/hfad>.

**Slika 2: Umrljivost dojenčkov na 1000 živorojenih;  
izbrane države**



Vir: Evropski urad SZO, 2015<sup>3</sup>

### Organizacija

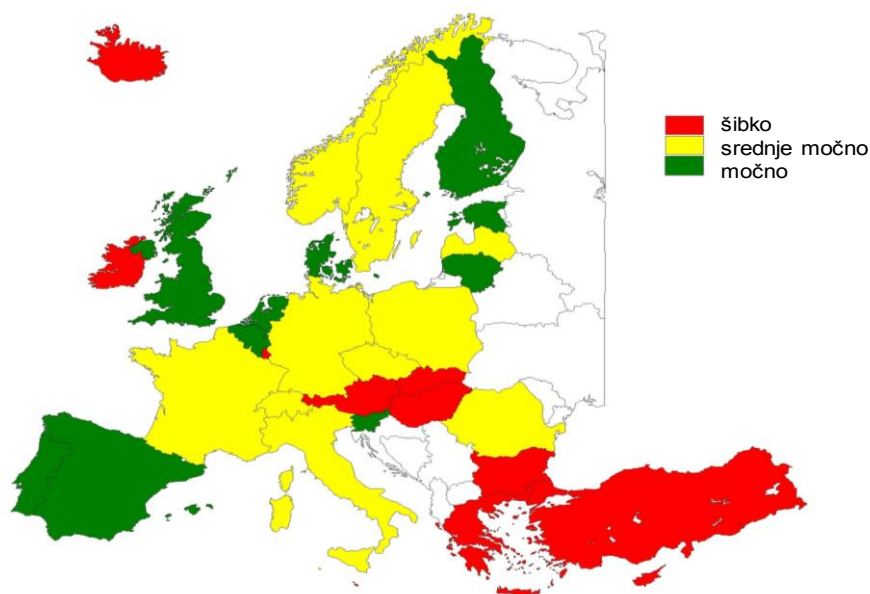
Slovenski zdravstveni sistem se v pretežni meri financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, katerega edini ponudnik je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Izbrani osebni zdravnik predstavlja vratarja v zdravstvenem sistemu. Ta pristop je bil model za večino držav v Srednji in Vzhodni Evropi, z izjemo Slovaške in Češke, ki imata sistem z več plačniki. Zanimivo je, da so primerljivo majhne baltske države, Estonija z 1,4 milijona, Latvija z 2 milijonoma in Litva s 3 milijoni prebivalcev, prav tako vpeljale sistem z enim plačnikom, ki so ga uvedle po slabih izkušnjah s sistemom z več plačniki. Ugotovile so, da je sistem z več plačniki vodil v neučinkovitost zaradi razdrobljenega financiranja in premajhnih zavarovalnih portfeljev po plačnikih, kar je rezultat majhne populacije, podobno kot v Sloveniji.<sup>4</sup>

Večina držav Srednje in Vzhodne Evrope je sistemu primarnega zdravstva dodelila vlogo vratarja (gatekeeping). Mednarodne organizacije, kot sta SZO in Svetovna banka, so imele ključno vlogo pri vzpostavitvi modela družinske medicine po zgledu angleškega in nizozemskega modela. Vendar usposabljanje zdravnikov in spreminjanje navad populacije zahteva čas, zato je precej takih sistemov v državah CEE še vedno relativno šibkih. Mednarodna raziskava o prednostih primarnega zdravstvenega varstva »Spremljanje primarnega zdravstvenega varstva« je ocenila 77 kazalnikov za leti 2009 in 2010 in med drugim vključila področja upravljanja, razvoja kadrov, dostopnost, kontinuiteto, koordinacijo in obseg. Kazalniki za Slovenijo kažejo, da je primarno zdravstveno varstvo zelo dobro in boljše kot v sosednjih državah.

<sup>3</sup> WHO Regional Office for Europe (2015). European Health for All database.

<sup>4</sup> Van Ginneken, E., Habicht, J., Murauskiene, L., Behmane, D., Mladovsky, P. The Baltic states: building on 20 years of health reforms. *British Medical Journal*, 2012 Nov 23; 345:e7348. doi:10.1136/bmj.e7348.

### Slika 3: Prednosti primarnega zdravstva v evropskih državah



Vir: Kringos D., 2012<sup>5</sup>

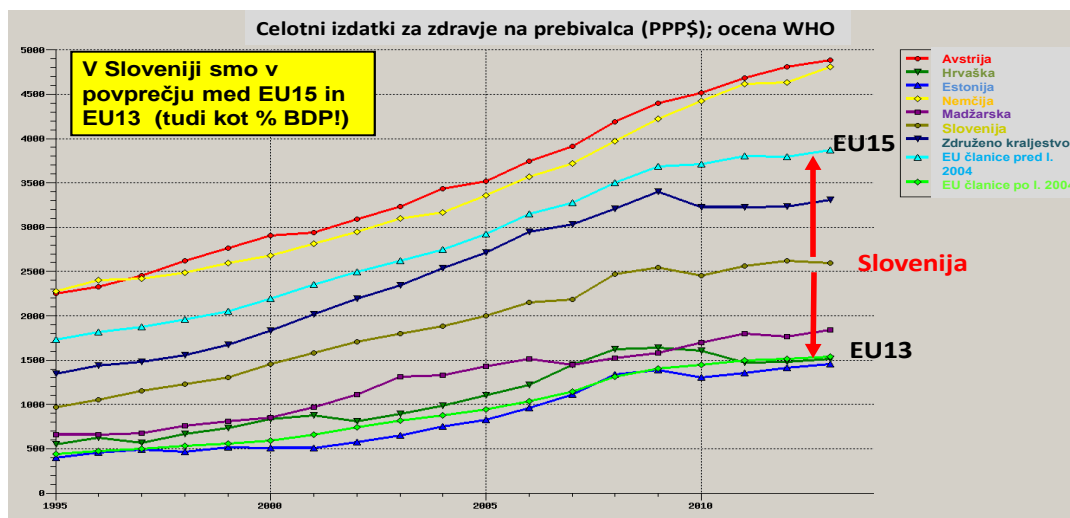
#### **Financiranje**

Na področju izdatkov Slovenija ne kaže odstopanj od primerljivih držav. Od sredine leta 1990 so izdatki za zdravstvo na prebivalca (merjeno po pariteti kupne moči, PPP\$) med povprečjem EU15 in EU13 (slika 4). Ta položaj je v skladu s preostalimi slovenskimi ekonomskimi kazalniki, ki so prav tako v povprečju med EU15 in EU13. Tudi pri podrobni analizi porabe finančnih virov za zdravstveno varstvo ni presenečenj. Kot v večini držav se pretežni del porabi za bolnišnično zdravljenje, sledijo specialistična ambulantna dejavnost in sredstva za zdravila ter medicinske pripomočke (tabela 1). Pomembno je izpostaviti, da Slovenija ne izkazuje previsokih izdatkov za zdravila (kot na primer Madžarska in Litva), ki jih v teh državah povzročajo visoke cene zdravil in vzorec porabe.

Plačila iz žepa so nizka in ne pomenijo ovire v dostopnosti do zdravstvenega varstva. To je pokazala tudi raziskava EU SILC, v kateri je Slovenija nenehno med državami z najnižjo (če ne povsem najnižjo) ravno nezadovoljenih zdravstvenih potreb v Evropi za vse dohodkovne razrede. V letu 2013 je na primer 99,8 % populacije izjavilo, da nima nezadovoljenih zdravstvenih potreb. To je posledica obsežne košarice zdravstvenih storitev, ki jih pokrijeta obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

<sup>5</sup> Kringos, D. The strength of primary care in Europe. Dissertation, NIVEL, Utrecht, 2012. Dostopno na: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>.

**Slika 4: Zdravstveni izdatki na prebivalca (PPP\$);  
izbrane države**



6

Vir: Urad SZO za Evropo, 2015<sup>6</sup>

**Tabela 1: Izdatki za zdravstveno varstvo po izvajalcu, izbrane države (2011)**

	Bolnišnice	Socialnovarstveni zavodi	Specialistična ambulantna dejavnost	Zdravila in medicinski pripomočki	Obratovalni stroški javnozdravstvenih programov	Splošni obratovalni stroški (vključno z DZZ)
Češka	44,1	1,6	25,9	21,5	0,2	3,4
Nemčija	30,0	7,8	31,0	20,9	0,8	6,0
Estonija	46,7	2,8	21,4	24,1	2,5	2,3
Latvija	39,7	3,5	23,9	28,6	0,0	3,3
Litva	37,4	1,5	23,4	29,1	0,6	2,0
Luksemburg	32,9	15,7	26,2	11,2	0,4	1,4
Madžarska	30,2	3,0	23,5	36,8	2,8	1,4
Nizozemska	33,6	24,1	19,3	14,1	1,3	4,8
Avstrija	38,9	9,0	24,0	16,7	0,6	3,9
Poljska	34,4	1,6	29,2	25,9	1,4	1,7
Portugalska	38,7	1,6	32,6	22,9	0,1	1,8
Romunija	36,2	2,7	14,2	30,9	2,6	1,9
<b>Slovenija</b>	<b>41,5</b>	<b>5,7</b>	<b>23,7</b>	<b>23,3</b>	<b>0,7</b>	<b>3,5</b>
Slovaška	25,8	0,0	28,5	38,0	1,2	3,5

Vir: Eurostat, 2013<sup>7</sup>

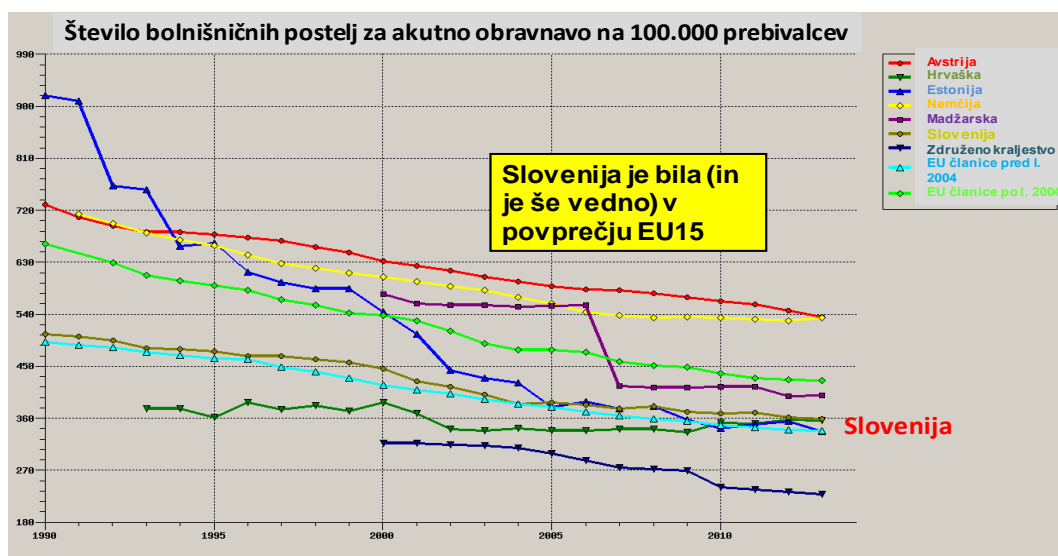
<sup>6</sup> WHO Regional Office for Europe. European Health for All database, 2015.

<sup>7</sup> Eurostat 2013. Dostopno na: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Healthcare\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics).

## Infrastruktura in kadri

Po številu postelj za akutno obravnavo je Slovenija v povprečju EU15 od zgodnjih devetdesetih let, v nasprotju z državami Srednje in Vzhodne Evrope, ki so drastično zmanjšale število postelj (slika 5). Podrobnejši pregled kazalnikov učinkovitosti za bolnišnice kaže podobno sliko. Število dni v akutni obravnavi je prav tako v povprečju EU15 v letu 2013 (slika 6). Drugi kazalniki, na primer število odpustov in ambulantni obiski, so prav tako v povprečju EU15<sup>8</sup>. Izjema je relativno nizka zasedenost v bolnišnicah za akutno obravnavo (slika 7). Ker podatki precej nihajo, moramo biti pri interpretaciji tega kazalnika in pri pripravi zaključkov o učinkovitosti slovenskih bolnišnic posebej pazljivi. Na področju infrastrukture je Slovenija podobna Veliki Britaniji z relativno nizkim številom zdravnikov in povprečnim številom medicinskih sester. Številne države v Srednji in Vzhodni Evropi imajo večinoma tudi nizko število medicinskih sester (slika 8).

**Slika 5: Število bolnišničnih postelj za akutno obravnavo; izbrane države**



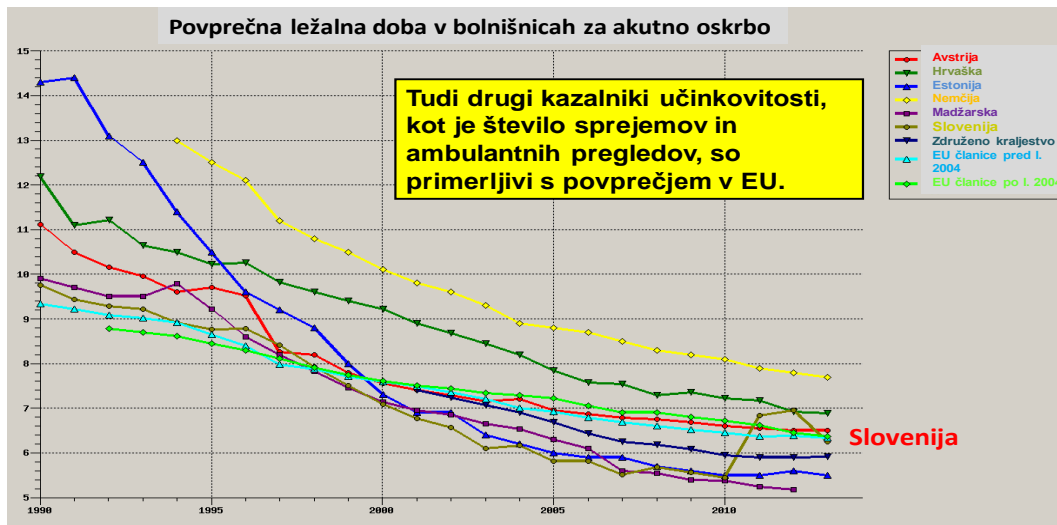
Vir: Urad SZO za Evropo, 2015<sup>9</sup>

<sup>8</sup> WHO Regional Office for Europe. European Health for All database, 2015.

<sup>9</sup> WHO Regional Office for Europe. European Health for All database, 2015.

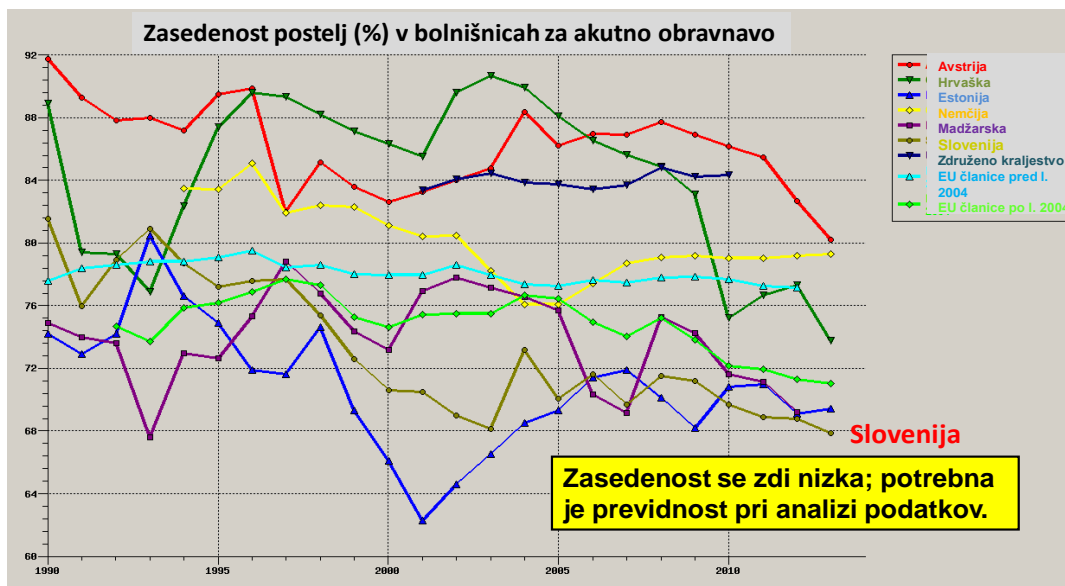


**Slika 6: Povprečna ležalna doba v bolnišnicah za akutno obravnavo; izbrane države**



Vir: Urad SZO za Evropo, 2015<sup>10</sup>

**Slika 7: Zasedenost postelj (%) v bolnišnicah za akutno obravnavo; izbrane države**

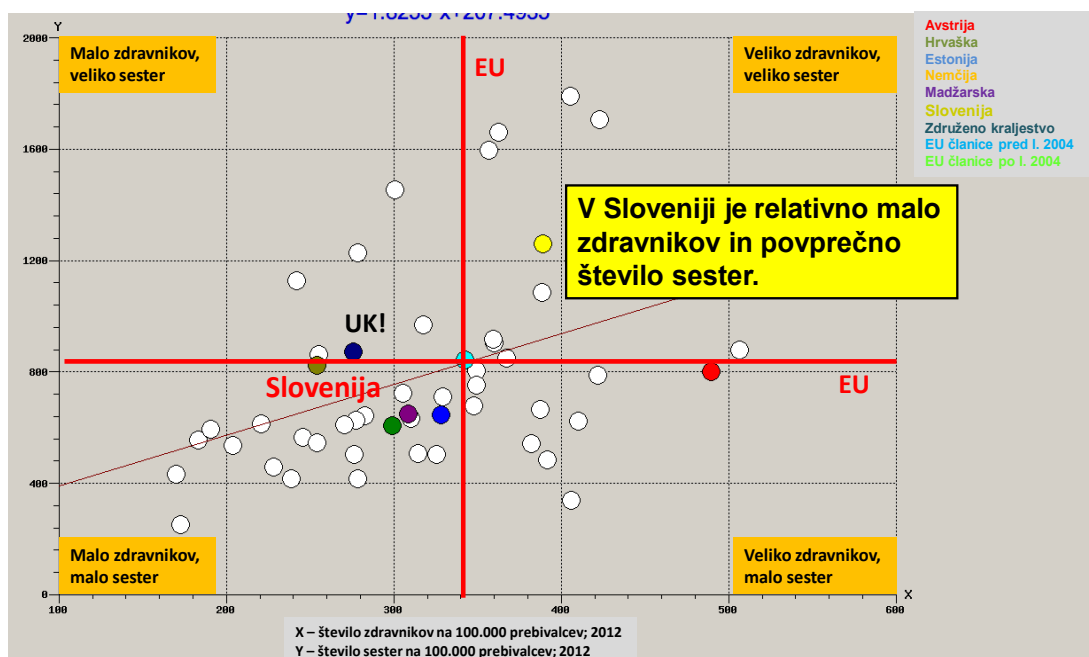


Vir: Urad SZO za Evropo, 2015<sup>11</sup>

<sup>10</sup> WHO Regional Office for Europe. European Health for All database, 2015.

<sup>11</sup> WHO Regional Office for Europe. European Health for All database, 2015.

**Slika 8: Število zdravnikov in medicinskih sester;  
izbrane države (2012)**



Vir: Urad SZO za Evropo, 2015<sup>12</sup>

## Zaključki

Slovenski zdravstveni sistem kot celota izkazuje dobre rezultate po številnih kazalnikih. Kazalniki zdravstvenega statusa so dobri ali celo med najboljšimi v primerjavi z državami Srednje in Vzhodne Evrope, nekateri, kot je umrljivost dojenčkov, celo v primerjavi z EU15. Glede na velikost države so izdatki na primerni ravni, primerjalno nizka plačila iz žepa pa zagotavljajo prebivalcem finančno varnost. Kazalniki učinkovitosti bolnišnic so pretežno v povprečju EU15, medtem ko je število zdravnikov in medicinskih sester podobno kot v Veliki Britaniji in nekoliko boljše kot v državah Srednje in Vzhodne Evrope. Sistem financiranja zdravstvenega sistema z enim ponudnikom obveznega zdravstvenega zavarovanja deluje dobro in je primeren za tako majhno državo, kot je Slovenija. V nasprotju z mnogo drugimi državami v regiji slovensko zdravstvo v preteklosti ni temeljilo na bolnišnični obravnavi, ampak ima že od nekdaj vzpostavljeno dobro mrežo na primarni ravni. To so spodbudni strukturni kazalniki zdravstvenega sistema. Kar pa seveda ne pomeni, da tudi na tem področju ni priložnosti za izboljšanje in večjo učinkovitost sistema.

<sup>12</sup> WHO Regional Office for Europe. European Health for All database, 2015.

# Povzetek ključnih ugotovitev poročil o zdravstvenem sistemu v Sloveniji

## Pregled izdatkov v zdravstvu

Že od začetka finančne krize so si v Sloveniji z uvajanjem ukrepov za generiranje dodatnih prihodkov in zmanjševanje izdatkov prizadevali, da bi zagotovili vzdržnost zdravstvenega sistema. Ta prizadevanja so v zadnjih petih letih vključevala povečevanje prispevkov za samozaposlene, uvedbo prispevkov za študentsko delo, omejevanje upravičenosti do brezplačnih storitev, povečevanje deleža doplačil in zmanjševanje cen zdravil in storitev.

Po poglobljeni analizi makroekonomskih izhodišč v letu 2014 v Sloveniji je Svet EU s priporočili (CSR) zavezal Vlado RS, da sprejme ukrepe za zmanjšanje presežnega javnofinančnega primanjkljaja. V zvezi s tem je pozval k obsežnemu pregledu izdatkov v zdravstvu za podporo javnofinančni konsolidaciji. Ta priporočila so bila Sloveniji naložena kljub dejstvu, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) – ključni plačnik zdravstvene oskrbe v Sloveniji – glede na naravo poslovanja ne more prispevati k javnemu dolgu. ZZZS se financira skoraj izključno s prispevki zavarovancev, razen leta 2004, ko je proračun kril primanjkljaj, in v nasprotju z drugimi področji javnega sektorja ne sme izkazovati presežka odhodkov nad prihodki na letni ravni. Ne glede na to je zaradi finančnih pritiskov, ki so posledica povečevanja zdravstvenih izdatkov in staranja populacije, izvedba pregleda virov financiranja in izdatkov v zdravstvu v Sloveniji izjemnega pomena.

*Pregled izdatkov v zdravstvu zagotavlja zanesljive podatke o zbiranju in porabi sredstev v sistemu zdravstvenega varstva za podporo slovenski Vladi pri prepoznavanju in uvajanju sprememb, ki bodo prispevale k boljšemu koriščenju sredstev in zagotavljanju dolgoročne vzdržnosti sistema. Pregled prinaša podrobno oceno zdajšnje ravni financiranja in razdeljevanja sredstev, pa tudi trende in projekcije v podporo celovitemu vrednotenju uspešnosti koriščenja denarja v zdravstvenem sistemu.*

## Ključne ugotovitve

- Prispevki za zdravstveno varstvo so zelo odvisni od sprememb na trgu dela. Ekonomska kriza je v Sloveniji vodila v pomembna zmanjšanja prilivov ZZZS zaradi porasta nezaposlenosti, počasnejše rasti plač, povečanja deleža neaktivnih zavezancev, ki mesečno primerljivo prispevajo manj, ter nezadostnih proticikličnih ukrepov za financiranje sistema zdravstvenega varstva.
- Makroekonomske napovedi kažejo, da razmere na trgu dela v kratkem ne bodo dosegle stanja pred krizo, kar pomeni, da se bo sistem zdravstvenega varstva tudi v prihodnjih

letih soočal s finančnimi pritiski. Staranje populacije stanje še dodatno poslabšuje, saj upokojenci v ZZZS prispevajo pomembno manj kot znašajo povprečni prispevki zaposlenih.

- Zmanjšanje rasti prispevkov ZZZS je bilo izrazitejše kot zmanjšanje rasti davčnih prilivov v proračun – med letoma 2005 in 2013 so celotni davčni prilivi kot delež BDP porasli za 1,8 odstotne točke, medtem ko so prispevki ZZZS porasli samo za 0,3 odstotne točke. Poraba za zdravstvo v državnem in lokalnih proračunih ostaja nizka glede na primerjave v EU, čeprav se je v zadnjih letih rahlo povečala. Zato bi moral biti glavni cilj, da se doseže večja razpršenost prilivov v ZZZS in zagotovi proticiklične mehanizme za večjo stabilnost virov v zdravstvu. Brez stabilnega in zanesljivega sistema javnega financiranja bo težko tako za ZZZS kot tudi za izvajalce načrtovati poslovanje za dlje od šest mesecev do enega leta in zagotoviti dostop do kakovostne oskrbe. Skoraj vsi zdravstveni sistemi v Evropi, vključno s tistimi, ki jih tradicionalno umeščamo med sisteme socialnega zdravstvenega zavarovanja (npr. Francija, Litva, Češka), so v pomembnem deležu financirani iz proračunskih virov oziroma splošnih davkov.
- Izdatki za zdravstvo so tesno povezani s prispevki ZZZS, saj mora ta zagotavljati sredstva brez posojil iz proračuna RS in ne more povečevati prispevne stopnje za zdravstvo. Kljub zmanjšanim virom se vsebina in obseg storitev v zadnjih nekaj letih nista pomembno spremenila.
- Varčevalni ukrepi ZZZS so bili sprejeti s ciljem, da se ohrani raven programov zdravstvenega varstva in dostopnost do storitev. Da bi v okviru razpoložljivih sredstev ohranili obseg storitev, so morali uporabiti tri strategije: zniževanje cen, odlog plačil ali prenos stroškov na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.
- Rezultat je bil, da je zmanjšanje prilivov ZZZS najbolj prizadelo izvajalce zdravstvene dejavnosti in so si nekateri nakopali finančne izgube, manjše število javnih bolnišnic pa je potrebovalo finančno pomoč Ministrstva za finance v obliki likvidnostnih posojil iz zakladnice.
- ZZZS plačuje tudi nekaj proračunskih postavk, ki jih ni financiral v letih pred krizo – to so na primer usposabljanja izvajalcev in specializacija zdravnikov. To predstavlja pomemben strošek, primerljiv s celotnim stroškom poslovanja in dobičkom dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ), ki bi ga lahko prenesli nazaj v proračun RS.
- Čeprav ima DZZ veliko pomanjkljivosti (visoki administrativni stroški zavarovalnic v primerjavi z ZZZS in dobički, ki ne ostajajo zdravstvu), je imel v času krize pomembno vlogo pri preprečevanju visokih izdatkov za doplačila v gospodinjstvih, do neke mere pa tudi pri delnem subvencioniranju storitev, saj zasebne zavarovalnice plačujejo izvajalcem za doplačila tudi po tem, ko so ti že izpolnili pogodbene obveznosti do ZZZS. Vse to je prispevalo k zagotavljanju dostopnosti do zdravstvenih storitev in finančni varnosti gospodinjstev.

- Zavarovalnice za DZZ so med krizo ostale dobičkonosne, čeprav dobički predstavljajo le manjši delež izdatkov za zdravstvo. V letu 2014 so dobički predstavljali 0,3 odstotka celotnih izdatkov za zdravstvo v letu 2014.
- Plače zdravstvenih delavcev v povprečju niso visoke, vendar je to predvsem zaradi nizkih plač medicinskih sester in drugih nezdravnikov v zdravstvu; obstajajo pomisleki glede plačil nadurnega dela, a čeprav so ta precej visoka, predstavljajo le zelo majhen delež celotnih izdatkov v zdravstvu.
- Glede na trenutne izhodiščne napovedi bo staranje populacije vodilo v večjo rast izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo glede na BDP kot primerljivo povprečju v EU28. Dolgoročno bo zaradi povečanih potreb in manjše rasti socialnih prispevkov nujno zagotoviti alternativne vire ali zmanjšati košarico pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) ali konstantno zniževati cene za ohranitev obsega in kakovosti storitev.

# Pregled virov financiranja sistema zdravstvenega varstva

Financiranje sistema zdravstvenega varstva temelji predvsem na obveznem zdravstvenem zavarovanju (OZZ), ki se financira iz prispevkov iz plač, del denarja pa se zbere z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem (DZZ) in neposrednimi plačili uporabnikov. Glede na to, da je financiranje odvisno predvsem od prispevkov zaposlenih, je dolgoročna vzdržnost sistema lahko ogrožena. Zagotoviti bi bilo treba večjo razpršenost prispevkov za zdravstvo. DZZ, ki financira predvsem doplačila in temelji na enotni premiji (flata rate), kar zahteva zapleten sistem izravnalnih shem med ponudniki DZZ, da bi se izognili selekciji bolj tveganih zavarovancev (cream skimming), generira visoke administrativne stroške – v primerjavi s stroški upravljanja OZZ.

Posledice razdrobljenega financiranja dolgotrajne oskrbe (DO) so še težavnejše, saj se storitve plačujejo iz različnih virov: iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, proračuna RS in občinskih proračunov ter iz neposrednih plačil uporabnikov. Glede na demografske spremembe bo treba zagotoviti enotnejši in vzdržnejši pristop financiranja DO.

Ta del analize je predstavljen v treh ločenih poročilih:

- **Ocena financiranja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji** – Poročilo podaja pregled možnosti za financiranje sistema zdravstvenega varstva. Cilj ocene je prepoznavanje priložnosti za načrtovanje pravičnejšega in učinkovitejšega načina financiranja, ki bi dolgoročno vzdržno zagotavljal kakovostne storitve.
- **Presoja o upravičenosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ)** – To poročilo prinaša razmislek o vlogi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v sistemu financiranja zdravstvenega varstva; predstavitev alternativnih možnosti in oceno potencialnih učinkov na pravičnost, učinkovitost in finančno varnost.
- **Ocena potreb za dolgotrajno oskrbo in njeno financiranje** – V tem poročilu so predstavljene trenutne organizacijske in finančne ureditve dolgotrajne oskrbe in vse, kar bi bilo treba spremeniti za vzpostavitev preglednejšega in vzdržnejšega sistema zagotavljanja storitev in pravic dolgotrajne oskrbe (DO) v prihodnje.

## Ključne ugotovitve

- Javno financiranje porabe v zdravstvu je zelo odvisno od prispevkov zaposlenih. To bo še večji izziv v prihodnosti, saj se prebivalstvo v Sloveniji stara, delež odvisnih pa spreminja. Nujna je večja razpršenost virov financiranja.
- Trenutni sistem financiranja nima zagotovljenih proticikličnih mehanizmov, ki bi ustrezno ublažili potencialne neugodne učinke finančnih nihanj zaradi gospodarskih kriz. Nujno je zagotoviti stabilnejši sistem zagotavljanja finančnih virov.
- Sistem financiranja je dober tako glede pravičnosti kot tudi glede dostopnosti. Na dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki dosega skoraj univerzalno vključenost, se je v času krize prenesel določen del zdravstvenih izdatkov, kar je zagotovilo, da skoraj nobeno gospodinjstvo ni bilo izpostavljeno izdatno visokim plačilom iz žepa. Enaka dostopnost z izjemno malo nezadovoljenimi zdravstvenimi potrebami je bila tako ohranjena, še vedno pa ostaja težava regresivnih premij za DZZ.
- Težava financiranja DO se povečuje, rešitev pa bo zahtevala dodatne vire financiranja.

### Mednarodne izkušnje

- Francija je zanimiv in domišljen primer širitve prispevnih osnov za financiranje sistema zdravstvenega varstva, ki poleg dohodkov zaposlenih zajema tudi druge vire. V Franciji uporabljajo veliko načinov obdavčitve za zagotovitev večje stabilnosti financiranja in okrepitev sistema socialnega zavarovanja. Francozi kot osnovo za socialno zavarovanje uporabljajo vse prihodke pozameznika, ne samo plačo. Viri za podporo socialnemu zdravstvenemu zavarovanju iz proračuna vključujejo dodatna obdavčenja farmacevtskih podjetij. Poleg tega so velika podjetja obdavčena po prometu. Obstajajo tudi dajatve za onesnaževanje okolja za vsa podjetja. Prispevek za neplačan delovni dan (solidarnostni dan) francoskih delavcev je namenjen za DO in plačilo storitev za starejše ter za osebe s posebnimi potrebami.
- Litva pozna eleganten proticiklični mehanizem, ki se uporablja za stabilizacijo financiranja socialnega zdravstvenega zavarovanja. Po eni strani zdravstvena zavarovalnica akumulira rezerve, po drugi strani pa vlada zagotavlja transferje iz proračuna za nezaposlene in ekonomsko manj dejavne. Poleg tega od leta 2007 ti transferji temeljijo na povprečni letni bruto plači, in to dve leti pred transferjem, kar pomaga preprečiti nenaden upad prispevkov za zdravstveno zavarovanje v času krize.

### Košarica pravic

- Univerzalna pokritost z zdravstvenim zavarovanjem zahteva obsežen nabor pravic. Slovenija je glede tega že zgodovinsko zelo uspešna, in sicer predvsem zato, ker je s prenosom stroškov na dopolnilno zdravstveno zavarovanje zavarovala prebivalce pred neposrednimi doplačili.
- Ker se bo dostopnost znotraj javnega financiranja vedno soočala s težavami, se priporoča, da nabor pravic ostane čim obsežnejši in tako olajša doseganje pravičnosti v

dostopu do zdravstvenih storitev. Vrednotenje in zagotavljanje najboljših praks kakovostne oskrbe znotraj obstoječih pravic sta lahko učinkovitejša za odločanje in posledično prerazporejanje sredstev, kot pregled oziroma revizija posameznih pravic in njihovo potencialno zmanjšanje v košarici, ki se financira iz javnih virov.

### Možnosti za stabilizacijo in izboljšanje proticikličnega financiranja ZZS

Scenarij	Opis	Učinek	Vpliv na doseganje finančnih ciljev
Višje učinkovite prispevne stopnje za upokojence (dodatna sredstva pokrije proračun)	20-odstotno povečanje za upokojence	Dodatnih 73 milijonov evrov na leto (3,2-odstotno povečanje prihodkov)	Prispeva k večji razpršenosti virov in s tem k vzdržnosti financiranja sistema zdravstvenega varstva. Zagotavlja pomembna dodatna finančna sredstva z možnostjo nadaljnega prilagajanja glede na potrebe v prihodnosti.
Transferji iz državnega proračuna za otroke	20 evrov na otroka na mesec, ki jih financira proračun	Dodatnih 89 milijonov evrov na leto (3,8-odstotno povečanje prihodkov)	Izboljša razpršenost virov in vzdržnost sistema financiranja zdravstvenega varstva. Zagotavlja pomemben dodaten vir financiranja.
Splošno povečanje prispevne stopnje	3-odstotno povečanje premij za vse skupine prebivalstva	Dodatnih 69 milijonov evrov na leto (3,0-odstotno povečanje prihodkov)	Ne zajema ključnih izzivov odvisnosti od prispevkov iz plač, vendar zagotovi pomembne dodatne prihodke.
Širitev prispevne osnove za zdravstveno varstvo na vse dohodke	Dodatna 2-odstotna namenska obdavčitev za dohodke, ki niso plača	Dodatnih 15,8 milijona evrov na leto (0,7-odstotno povečanje prihodkov)	Izboljša pravičnost in vzdržnost financiranja sistema zdravstvenega varstva. Zagotavlja nekaj več prihodkov, lahko pa se tudi poveča.
Izenačenje prispevne stopnje med zaposlenimi in nezaposlenimi	Podvojen prispevek za nezaposlene – s 104 evrov na 203 evre na mesec	Dodatni 4 milijoni evrov na leto (0,2-odstotno povečanje prihodkov)	Zelo majhen učinek na dodatne prihodke, vendar pa izboljša proticikličnost.



## **Razmislek o posameznih možnostih**

- Financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji je zelo odvisno od prispevkov iz plač, kar pomeni, da je sistem financiranja manj vzdržan. Obstaja tudi dolgoročna težava prehoda posameznikov iz kategorij z višjo prispevno stopnjo v kategorije z nižjo prispevno stopnjo za zdravstveno zavarovanje. Obstaja nevarnost, da se bodo izdatki tudi v prihodnje prenašali iz OZZ na DZZ, kar še dodatno poveča regresivnost financiranja in transakcijske stroške.
- V tem kontekstu so dodatne splošne obdavčitve v podporo financiranju ZZZS videti neizbežne, če se želimo izogniti učinkom gospodarskih kriz in staranja populacije.
- Obstaja nekaj možnosti za preučitev prispevnih stopenj in plačil v ZZZS. Prispevne stopnje, ki jih državni proračun plačuje za upokojence, so izjemno nizke in bi jih lahko dopolnili z izplačili iz splošnih davkov. Financiranje iz naslova prispevkov za otroke s strani državnega proračuna bi prav tako lahko imelo koristen učinek. Prispevne stopnje za zaposlene in nezaposlene bi lahko bolj poenotili in s tem prispevali k proticikličnosti. Poleg osebnega dohodka je nekaj manevrskega prostora tudi pri obdavčitvi drugih prejemkov posameznika in pri davkih na premoženje, ki bi jih lahko namenili za zdravstvo.
- Nadaljnje povečanje doplačil (user fees) ni priporočljivo, če dopolnilno zavarovanje ni regulirano.
- Trenutna košarica pravic naj se ne zmanjša ali delil na več delov, več pozornosti pa bi morali nameniti kakovosti oskrbe in načinom obravnave znotraj same košarice.

## **Ocena upravičenosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ)**

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje (DZZ) zaradi svoje narave dosega zelo visoko stopnjo zavarovanosti populacije, premije pa so videti cenovno dostopne. V času krize je prispevalo tudi k omejevanju rasti neposrednih plačil iz žepa. Ne glede na to sta za dopolnilno zavarovanje značilni velika kompleksnost in regresivnost, transakcijski stroški in dobički zavarovalnic pa se povečujejo. Sistem tudi ni dovolj transparenten.

## SWOT-analiza dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ) v Sloveniji

<p><b><u>Prednosti</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. DZZ varuje pred negativnimi učinki neposrednih plačil, ki bi sicer lahko bili precejšnji.</li> <li>2. DZZ omogoča, da javni sektor prenese izdatke na zasebnega tako, da ne ustvarja novih nezadovoljenih potreb.</li> <li>3. Premija DZZ je trenutno cenovno dostopna večini prebivalstva.</li> <li>4. Administrativni stroški DZZ so za zdaj nizki glede na mednarodne standarde.</li> <li>5. Izravnalne sheme prispevajo k zmanjšanju selekcije manj tveganih zavarovancev.</li> </ol>	<p><b><u>Pomanjkljivosti</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Premija DZZ je enotna in tako regresivna. Revna gospodinjstva prispevajo enako kot bogata. Velika gospodinjstva plačajo več.</li> <li>2. DZZ generira transakcijske stroške, ki so povezani z dobički zavarovalnic in administrativnimi stroški ter posredno s stroški, ki nastanejo zaradi izvajanja.</li> <li>3. Dokazano obstajajo oligopolni pogoji poslovanja, ki je manj učinkovito.</li> <li>4. Izravnalne sheme ne izničijo povsem selekcije zavarovalnih tveganj.</li> <li>5. DZZ povzroča, da je sistem kompleksnejši, opazno je pomanjkanje informacij in transparentnosti glede njegove uspešnosti.</li> <li>6. DZZ lahko vpliva na manjšo pripravljenost ZZS, da bi izvajal nadzor nad stroški in si prizadeval za večjo učinkovitost.</li> </ol>
<p><b><u>Priložnosti</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ali se lahko DZZ spremeni tako, da bi zagotavljal dobro finančno varnost za vsa gospodinjstva in bi bil pravičnejše financiran?</li> <li>2. Ali bi lahko sredstva za transakcijske stroške DZZ zmanjšali?</li> <li>3. Ali bi lahko bil trg DZZ transparentnejši za državni nadzor in uporabnika?</li> </ol>	<p><b><u>Nevarnosti</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Če bo javni sistem nadalje prenašal stroške na zasebni sektor:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. bo financiranje sistema zdravstvenega varstva bolj regresivno (večji del celotnega financiranja bo zagotovljen z enotno premijo)</li> <li>b. bo višja premija lahko postala manj dostopna za revna gospodinjstva, ki bodo izstopila iz dopolnilnega zavarovanja in bodo izpostavljena doplačilom.</li> </ol> </li> <li>2. Transakcijski stroški za DZZ bodo še naprej rasli, kar bo zmanjševalo administrativno učinkovitost tega načina financiranja sistema zdravstvenega varstva.</li> <li>3. Kakršno koli opustitev DZZ bo moral spremljati načrt za ublažitev učinka doplačil, kar bi zahtevalo precejšnje dodatno javno financiranje.</li> </ol>

### Možnosti za DZZ

- Možnost 1: Boljša regulacija in nadzor nad DZZ
- Možnost 2: Zamenjava DZZ z javno obvezno dajatvijo/prispevkom
- Možnost 3: Opuščanje doplačil
- Možnost 4: Brez spremembe

**Boljša regulacija in nadzor nad trgom (možnost 1)** bi pomagala ublažiti slabosti DZZ ob hkratni ohranitvi prednosti tega sistema. Izdelava ustreznih analiz, zaostritev pogojev poročanja, uvedba minimalnega škodnega količnika in okrepitev sistema izravnalnih shem bi izboljšali transparentnost, pomagali zmanjšati transakcijske stroške in zagotovili, da bi trg DZZ deloval učinkoviteje. Z boljšo analizo in informacijami bi lahko vlada uvedla učinkovite politike za cenovno dostopnejši in pravičnejši DZZ (na primer obdavčitev DZZ, iz katere bi se financirale premije za revne).

DZZ je uspešno pripomogel pri zagotovitvi finančnih sredstev, ko so bili javni viri zaradi krize omejeni. Kljub temu pa bi bilo koristno preučiti, ali bi DZZ lahko zagotavljal kritje za zdravstvene dejavnosti, pri katerih zaznavamo precejšnja plačila iz žepa, kot na primer zobozdravstvo. Izdatki za zobozdravstvo so eden izmedredkih razlogov za nezadovoljene potrebe in so z vidika uporabnika težavno področje.

Če vlada meni, da boljša ureditev in nadzor nista možna, bi lahko razmislila o ukrepih, ko DZZ za ljudi ne bi bil več nujen. To bi lahko izvedla **z nadomestitvijo DZZ z javno obvezno dajatvijo ali prispevkom (možnost 2) ali z opustitvijo doplačil (možnost 3).**

Obe možnosti imata prednosti – v sistemu bi bilo manj transakcijskih stroškov in administrativna učinkovitost bi bila večja. Odvisno od načina uvedbe bi lahko bili boljši tudi transparentnost in pravičnost financiranja (z navezavo na višino posameznikovega dohodka). Seveda pa bi oba načina predstavljala pomembno politično tveganje v primerjavi z možnostjo 1, saj bi generirala nasprotovanja zasebnih zavarovalnic (in drugih).

Pomenila bi tudi dodatne izzive za vlado:

- Velik vpliv na trg dopolnilnih zavarovanj, kar bi verjetno pomenilo izgubo delovnih mest. Možnost 3 omogoča postopnost in prilagoditveno obdobje.
- Premostitev izpada financiranja – okoli 400 milijonov evrov –, ki bi nastal zaradi umika DZZ (možnost 2), in opustitve doplačil (možnost 3).
- Če se ne zagotovi dodatnega javnofinančnega vira financiranja za nadomestitev izpada sredstev DZZ, bodo ti izdatki bremenili gospodinjstva. Uspešnost sistema zdravstvenega varstva bi se po vsej verjetnosti zmanjšala.

Zaradi navedenih dodatnih političnih tveganj in zato, ker odločitve o povečanju javnih virov za zdravstvo niso povsem v pristojnosti Ministrstva za zdravje, bi bilo za odpravo pomanjkljivosti najprej dobro razmisliti o boljši regulaciji DZZ.

### **Druge vloge zasebnih zavarovalnic**

Ena od možnih rešitev, ki se je pojavila pri deležnikih, je, da bi zasebne zavarovalnice postale aktiven kupec vseh zdravstvenih storitev, s čimer bi v kupovanje zdravstvenih storitev uvedli konkurenco. Čeprav se uvedba konkurence v nakupno funkcijo zdravstvenih storitev na prvi pogled zdi smiselna, rezultati raziskav tega ne potrjujejo. Uvedba konkurence med plačniki storitev – še posebno če gre za zasebne zavarovalnice z malo ali nič izkušnjami v kupovanju

zdravstvenih storitev – bi najverjetneje vodila v povečanje transakcijskih stroškov in tudi v nekontrolirano rast stroškov, neenakost, neučinkovitost in manjšo transparentnost.

## **Ocena potreb in financiranja dolgotrajne oskrbe (DO)**

- Izdatki za DO v Sloveniji predstavljajo samo manjši delež BDP in so precej nižji od zdravstvenih izdatkov, njihova rast pa je precej višja. Tudi ob optimističnih ocenah glede rasti potreb zaradi staranja populacije bodo demografske spremembe več kot podvojile izdatke za DO do leta 2035.
- Obstajajo štiri glavni javni viri financiranja DO, skoraj polovica javne porabe za DO pa gre iz zdravstvene blagajne.
- ZZZS bo ob nespremenjeni ureditvi soočen z največjim absolutnim porastom izdatkov za DO, saj se izdatki nanašajo pretežno na DO za starejše. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) bo soočeno le z manjšim porastom, saj se njihovi izdatki za DO nanašajo na mlajše skupine prebivalstva.
- Zasebno financiranje DO se skoraj v celoti nanaša na neposredna plačila iz žepa uporabnikov in je v znatnem porastu. Če predpostavimo, da bodo zelo verjetno rasle potrebe po storitvah, ki se financirajo iz zasebnih virov, in če ne bomo ničesar spremenili, se bo ta rast strmo nadaljevala, kar ne bo vzdržno.
- Nepotrebna kompleksnost zdajšnjega javnega financiranja DO vodi v nejasnosti glede upravičenosti in težave pri dostopu do kombiniranih storitev, ki jih upravičenec potrebuje. To je lahko eden od razlogov za preveliko zanašanje na institucionalno oskrbo.
- Nujen bo razmislek o poenostavitvi (še posebej javnega) financiranja DO. Tako poenostavitev bi lahko dosegli bodisi z vzpostavitvijo skupne organizacijske oblike znotraj javne uprave, ki bi celovito pokrivala to področje, bodisi s koordinacijskim mehanizmom za usklajevanje različnih finančnih virov in pravic uporabnikov.
- Poročilo kaže, da bo poraba za DO glede na različne scenarije hitro rasla in da bo raven rasti različna za različne javne vire financiranja dolgotrajne oskrbe. S podrobnejšo analizo, ki bi zahtevala več časa, bi lahko naredili natančnejše ocene spreminjajočih se stroškov za posamezne plačnike, trenutni izračuni pa jasno kažejo vzorce verjetnih sprememb.

# Poročilo o procesu nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev

Proces nakupovanja in plačevanja storitev ima ključno vlogo pri zagotavljanju dostopnosti in spodbujanju učinkovitosti v sistemu zdravstvenega varstva. Na tem področju je v Sloveniji še veliko možnosti izboljšanja, prepoznanih pa je bilo tudi veliko težav. V poročilu je podrobneje opisano, kako se v Sloveniji sredstva, namenjena zdravstvu, razporejajo od plačnika do izvajalcev. Posamezni elementi so podrobneje raziskani zaradi temeljnega vprašanja, kaj mora predstavljati učinkovit in strateški pristop nakupovanja zdravstvenih storitev, da so razpoložljivi viri lahko optimalno izkoriščeni in uporabljeni. Poročilo ima pet komponent:

- 1) kako uporabiti dokaze o stroškovni učinkovitosti – z vrednotenjem zdravstvenih tehnologij (VZT; *HTA – Health Technology Assessment*) – za informirano odločanje o tem, kako se bo financirala košarica pravic;
- 2) pregled procesa nakupovanja zdravstvenih storitev in upravljanje tega procesa;
- 3) pregled modelov plačevanja zdravstvenih storitev;
- 4) pregled načinov plačevanja zdravnikov;
- 5) zaključni del, ki se osredotoča na predpogoje, ki jih je treba zagotoviti, da bi lahko v Sloveniji uvedli katerega koli od načinov plačevanja po uspešnosti (*Pay-for-Performance – P4P*) oziroma za nagrajevanje izvajalcev za kakovost.

## Ključne ugotovitve

Celovit proces strateškega nakupovanja zdravstvenih storitev vsebuje oba osnovna procesa: tako nakupovanje kot plačevanje storitev, kar zagotavlja spodbujanje kakovosti in učinkovitosti pri porabi finančnih virov v zdravstvu. Strateško nakupovanje vključuje odločitve o tem, (1) katere *pravice* naj bi se kupovale, (2) kako naj bi bile kupljene (proces nakupovanja) in (3) kakšni modeli plačevanja storitev naj bi se uporabljali.

Za zagotavljanje učinkovitega procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev mora država upoštevati naslednje naloge:

- oceniti, ali so na voljo ustrezna institucionalna ureditev, znanje in kadri;
- izboljšati nacionalni plan zdravstvenega varstva in zakonodajo tako, da so vloge in odgovornosti jasne in zavezujoče za vse odgovorne deležnike;
- izboljšati informacijske sisteme, da lahko zbirajo, obdelujejo in zagotovijo smiselne informacije vsem deležnikom za učinkovito nakupovanje zdravstvenih storitev.

### Košarica pravic in vrednotenje zdravstvenih tehnologij (VZT)

V Sloveniji ni seznama storitev, ki se plačuje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (razen za nekaj področij, kot so zdravila), kar pomeni, da lahko izvajalci »široko« odločajo o tem, kaj zaračunavajo. Učinkovitost in/ali stroškovna učinkovitost različnih storitev se ne upošteva pri določanju obsega košarice pravic.

*Prednostna področja pri določanju pravic:*

- vzpostavitev jasnega mehanizma z natančno določenimi vlogami in odgovornostmi za določanje, katere pravice (vključno s tehnologijami) bodo krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- nadaljnja institucionalizacija vrednotenja zdravstvenih tehnologij (VZT) kot del natančnega mehanizma za določanje storitev, ki se krijejo iz javnih virov. Vzpostavitev neodvisnega, neprofitnega telesa in določitev jasnih kriterijev za usmerjanje vrednotenja. Tradicionalno se najpogosteje uporabljajo naslednji kriteriji: učinkovitost, varnost in stroški (ali stroškovna učinkovitost).

*V zvezi s tem je treba upoštevati tudi:*

- da je glede metodologije najbolje sodelovati z izkušenejšimi državami, na primer v okviru evropske mreže EUnetHTA;
- da mora biti proces odločanja o tem, kaj bo krito iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, transparenten, jasne in lahko dostopne pa morajo biti tudi podlage za odločanje. Pri tem je vključevanje deležnikov ključnega pomena in lahko prispeva k zmanjšanju odpora zdravstvenih strokovnjakov do metodologije VZT. Transparenten, vključujoč in posvetovalen proces lahko ublaži politične dileme pri težkih odločitvah.

## **Nakupovanje**

Poročilo ugotavlja, da je veliko težav glede financiranja povezanih z neustreznim upravljanjem. Podrobnejša analiza bi zato zagotovila dovolj podatkov za presojo, ali institucionalni okvir, znanje in število zaposlenih zadoščajo za načrtovanje, nadzorovanje, izvajanje in spremljanje učinkovitega procesa nakupovanja zdravstvenih storitev.

*Prednostne naloge v procesu nakupovanja:*

- jasna opredelitev vlog in odgovornosti pri postavitvi javne mreže izvajalcev, centralizirano podeljevanje in nadzor nad koncesijami ter opredelitev zdravstvenih potreb prebivalstva;
- izboljšanje procesa pogajanj za Splošni dogovor (SD) in pogajanj z izvajalci tako, da bodo zaključeni v dogovorjenem roku in bodo v proces vključeni tudi predstavniki bolnikov. To ne bo izboljšalo samo preglednosti procesov za izvajalce, ampak bo prispevalo tudi k večjemu osredotočanju na kakovost oskrbe namesto le na financiranje in finančne primanjkljaje;
- sprememba veljavnosti SD in pogodb ter posledično zahteva po 3- do 5-letnem strateškem načrtu, nato pa po letnih operativnih načrtih nakupovanja zdravstvenih storitev skladno z Nacionalnim planom zdravstvenega varstva;
- okrepitev nakupovalne vloge ZZS z: 1) oceno vloge Vlade RS pri arbitraži, 2) razmislekom o uvedbi selektivnega sklepanja pogodb (*selective contracting*) in 3) vpeljavo strogih in s strani ZZS uveljavljenih finančnih omejitev;
- bolj specifične in natančneje opredeljene pogodbe z izvajalci, ki vključujejo mehanizme za zagotavljanje kakovosti in kazalnike kakovosti, klinične poti in tudi klinične smernice (za slednje bo potreben razvoj).

## **Plačevanje zdravstvenih storitev in zdravnikov**

Težave, ki so povezane s plačevanjem bolnišnične oskrbe, vključujejo nezadostno institucionalno podporo posodabljanju sistema skupin primerljivih primerov (SPP), uporabo tujih, v Sloveniji nepreverjenih in potencialno neadekvatnih uteži za SPP in šibke spodbude za večjo učinkovitost v bolnišnicah.

Težave pri plačevanju izvenbolnišničnih obravnav (specialistična ambulantna dejavnosti) so slabo delujoča institucionalna ureditev za revizijo in posodobljenje Zelene knjige (Kataloga zdravstvenih storitev) za plačevanje po storitvah ter šibke spodbude za učinkovitost.

Glavne slabosti, ki so bile prepoznane v sistemu plačevanja zdravstvenih storitev v osnovnem zdravstvu, so: neustrezne obtežitve glavarinskih količnikov glede na starost bolnikov in/ali druge elemente ter šibke spodbude za učinkovitost in kakovost oskrbe.

Ključna težava pri plačevanju zdravnikov vključuje: rigidnost sistema plačevanja javnih uslužbencev zadeva tudi zdravnike, nezadostne spodbude za produktivnost in kakovost ter neustrezno nagrajevanje zdravnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu.

### *Prednostne naloge glede plačilnih modelov:*

- jasna določitev odgovornosti institucij za razvoj modelov plačevanja (SPP, plačevanje po storitvah, glavarina) in za posodabljanje teh modelov;
- izboljšanje ustreznosti modelov plačevanja z izboljšanjem dostopnosti podatkov o stroških (za kalkulacije SPP-uteži, točk/uteži za plačevanje po storitvah in glavarinskih količnikov), posodobitev Zelene knjige oziroma Kataloga zdravstvenih storitev in redefinicija plačnih razredov/leštic zdravstvenega osebja;
- zagotovitev boljših spodbud za učinkovitost in kakovost, tako da se spremeni relativna medsebojna pomembnost posameznih modelov plačevanja (SPP in plačevanje po storitvah), in potencialno (dolgoročno) vpeljati plačilo po učinku (P4P).

### *V zvezi s tem je treba upoštevati tudi:*

- Finančne spodbude bodo imele relativno majhen učinek pri motiviranju za spremembo pri izvajalcih, če imajo uprave izvajalcev (bolnišnice/zdravstveni domovi) le omejeno avtonomijo pri odločanju glede zaposlenih in opreme ter če končno odgovornost za finančna tveganja nosita proračun in ZZZS, ne pa izvajalec sam.

## **Pogoji za uvedbo nagrajevanja po uspešnosti**

Z uvajanjem modelov plačevanja po uspešnosti, ne da bi imeli zagotovljene pogoje za zanesljivo spremljanje izvajanja storitev in kakovosti, tvegamo, da bomo nagradili izvajalce, ki znajo dobro izigravati sistem, in tako ogrozili doseganje osnovnih ciljev nagrajevanja za dodatne napore in izboljšano kakovost oskrbe.

*Prednostne naloge pri uvajanju potencialnih modelov nagrajevanja po uspešnosti:*

- kakršna koli uvedba finančnih spodbud/nagrajevanja po uspešnosti zahteva postopnost, uvajanje s pilotnim projektom in vrednotenje rezultatov pred uvajanjem na nacionalni ravni;
- pred uvedbo katerega koli načina plačevanja po uspešnosti je treba spremeniti aktualne modele plačevanja izvajalcev v osnovni zdravstveni dejavnosti in na bolnišnični ravni, da zagotovimo ustrezno delovanje in preglednost modelov plačevanja;
- okrepiti je treba razvoj in uveljavljanje upravljanja kakovosti, tako da se sprejme nacionalni načrt kliničnih smernic, in uveljaviti zakonodajo glede odgovornosti za spremljanje kakovosti v posamezni zdravstveni instituciji oziroma institucijah;
- vzpostavitev institucionalnega okvira za nadzor nad upravljanjem kakovosti (po možnosti z enoto za koordinacijo znotraj ZZS);
- razvoj ustreznih kazalnikov/merjenja uspešnosti tako za osnovno zdravstveno dejavnost kot na ravni bolnišnic ter koordinacija njihovega zbiranja in vrednotenja;
- operacionalizacija sistema poročanja o kakovosti in javna objava rezultatov kot osnova za boljše spremljanje kakovosti.



# Optimizacija zagotavljanja zdravstvenih storitev

Krovni cilj tega poročila je, da se opiše aktualne vzorce zagotavljanja zdravstvenih storitev v Sloveniji in prepozna ključne spodbude ter ovire za optimizacijo prehoda pacienta iz obravnave v osnovni zdravstveni dejavnosti v bolnišnično obravnavo in iz bolnišnične v dolgotrajno oskrbo. Na podlagi primerov dobre prakse in tudi neuspehov smo si v analizi prizadevali, da bi izluščili spoznanja, na podlagi katerih bi lahko bolj informirano poimenovali ključne ovire kot tudi priložnosti za optimizacijo zagotavljanja storitev v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Analiza obsega tri komponente, ki se osredotočajo na (a) sodelovanje med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva, (b) pot po sistemu zdravstvenega varstva za tiste, ki imajo hkrati več različnih zdravstvenih potreb (multimorbidnost), (c) odnos med sistemom zdravstvenega varstva in dolgotrajno oskrbo.

Poročilo zagotavlja še posebej:

- 1) analizo ključnih spodbud in ovir za boljšo koordinacijo oskrbe med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva z uporabo:
  - a) ocene ključnih kazalnikov za hospitalizacije v Sloveniji v določenem časovnem obdobju, ki bi jih z ustrezno obravnavo na primarni ravni lahko preprečili;
  - b) raziskavo vsakodnevnih ovir, kot jih doživljajo izvajalci pri obravnavi kroničnih bolezni, na primeru sladkorne bolezni.
- 2) oceno ključnih izzivov, s katerimi se soočajo tisti, ki imajo več zdravstvenih potreb hkrati, ko potujejo po zdravstvenem sistemu, in sicer:
  - a) z raziskavo ključnih izzivov in izkušenj dobrih praks pri obravnavi ljudi z več zdravstvenimi potrebami hkrati, kot so jih zaznali različni zdravstveni delavci;
  - b) z oceno procesov in postopkov pri načrtovanju odpusta iz bolnišnice, s fokusom na ljudeh, ki imajo več zdravstvenih potreb hkrati, in iz zornega kota različnih izvajalcev ter ustanov v treh regijah v Sloveniji;
  - c) z opisom trenutne ureditve dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

## Ključne ugotovitve

***Slovenija ima dobro zasnovano primarno zdravstveno varstvo za reševanje spreminjajočih se zdravstvenih potreb in potreb prebivalcev po zdravstveni oskrbi, vendar pa se sooča z izzivi razpršenosti organizacije in zagotavljanja storitev.***

- Podobno kot v številnih drugih evropskih državah se Slovenija sooča s staranjem populacije, ki je povezano s porastom bremena kroničnih bolezni, vedno večjimi pričakovanji ljudi, tehnološkim napredkom in sočasnimi finančnimi omejitvami ter potrebo, da bi sredstva koristili učinkoviteje.

- Zdravstveno varstvo je bilo na svoji primarni ravni za Slovenijo ocenjeno kot zelo močno in kot dobra osnova za obravnavanje prej navedenih izzivov. Hkrati ostaja ključna težava zdravstvenega sistema v Sloveniji razpršenost organizacije in zagotavljanja zdravstvenih storitev, kar predstavlja še večji izziv z vidika demografskih sprememb in zdravstvenega stanja populacije.
- Ostaja potreba po okrepitvi koordinacije, sodelovanja med različnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, znotraj zdravstvenih ustanov in institucij v procesu zdravstvene oskrbe od preventive in zgodnjega odkrivanja bolezni do obravnave tistih, ki imajo več zdravstvenih potreb hkrati in je zanje pogosto ključen prehod iz bolnišnične obravnave v dolgotrajno oskrbo.
- V poročilu si prizadevamo za prepoznavanje ključnih spodbud in ovir za optimizacijo sodelovanja med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva in med bolnišnično obravnavo ter dolgotrajno oskrbo.

***Trendi hospitalizacij, ki bi jih bilo mogoče preprečiti za izbrane kronične bolezni v obdobju od leta 2009 do 2013, kot kazalnik uspešnosti osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji kažejo na izboljšanja na nekaterih področjih.***

- Upad bolnišničnih sprejemov zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) verjetno odraža upadanje števila kadilcev v odrasli populaciji, ki je sledilo prepovedi kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih leta 2007, čeprav je tudi nekaj dokazov, da se je od leta 2011 izboljšalo prepoznavanje in zdravljenje KOPB v referenčnih ambulantah.
- Upad bolnišničnih sprejemov zaradi zvišanega krvnega tlaka in majhen porast sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja verjetno odražata spremembe, ki so bile leta 2002 uvedene na področju preprečevanja srčno-žilnih bolezni. Obstajajo dokazi o izboljšani obravnavi povišanega krvnega tlaka na primarni ravni zdravstvenega varstva med letoma 2002 in 2008 ter hkrati dokazi o pomanjkanju ozaveščenosti in znanja o srčnem popuščanju v splošni populaciji v Sloveniji. Treba bo okrepiti razumevanje med zdravstvenimi delavci in še posebno med medicinskimi sestrami, ki izvajajo izobraževanje bolnikov.

***Fokusne skupine ključnih deležnikov so opozorile na vrsto ovir za boljšo koordinacijo med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva v zdravstvenem sistemu v Sloveniji.***

- V razpravah, v katerih so sodelovali diplomirane medicinske sestre, specialisti družinske medicine, patronažne sestre, diabetologi in lokalna društva bolnikov s sladkorno boleznijo, se je na primeru sladkorne bolezni pokazalo, da obstaja vrsta dejavnikov, za katere razpravljalci menijo, da izvajalcem zdravstvene dejavnosti preprečujejo, da bi lahko zagotavljali dobro in kakovostno zdravstveno oskrbo, skladno z nacionalnimi smernicami iz leta 2011.
- Blokade za izvajanje najboljših praks, ki so jih zaznali udeleženci fokusnih skupin, so bile: čas (veliko število obravnavanih pacientov na primarni ravni zdravstvene oskrbe), kapacitete in infrastruktura (pomanjkanje ustrezne informacijske tehnologije), organizacijske omejitve (nejasne vloge in odgovornosti; slab dostop do specialistične obravnave; pomanjkanje kontinuitete na primarni ravni zdravstvene oskrbe;

pomanjkanje komunikacije med primarno in sekundarno ravno), pomanjkanje strokovne avtonomije patronažnih sester, druge omejitve (način povračila stroškov, ki daje prednost obravnavi akutnih zdravstvenih težav pred svetovanjem in opolnomočenjem bolnikov).

***V intervjujih z izvajalci v različnih delih sistema glede zagotavljanja zdravstvene oskrbe za tiste, ki imajo več zdravstvenih potreb hkrati, je bilo prepoznanih več priložnosti za širitev dobrih praks na celoten sistem v Sloveniji.***

- Vsakodnevno zagotavljanje storitev za tiste, ki imajo več zdravstvenih potreb hkrati, glede na poročanje različnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti v treh slovenskih zdravstvenih regijah (Ljubljana, severozahodna Slovenija, severovzhodna Slovenija) predstavlja vrsto izzivov.
- Izvajalci so poročali o pomanjkanju standardiziranih procesov in postopkov za predajo pacientov med izvajalci in ravnmi zdravstvene oskrbe ter o pomanjkljivostih glede tega, kako si različne ravni izmenjujejo informacije o pacientu z vidika vsebine, strukture in načina prehoda. Bolje povezani informacijski sistemi so po mnenju izvajalcev ključni za izboljšanje koordinacije oskrbe med ravnmi, kar je še posebej pomembno za izboljšanje kakovosti in varnosti oskrbe pacientov, zlasti tistih, ki imajo več zdravstvenih potreb hkrati.
- Izražena je bila potreba po boljših usmeritvah in protokolih, ki bi zagotavljali boljše obravnavanje multiplih potreb zapletenih primerov starejših pacientov, čeprav je bilo ugotovljeno, da bi lahko izvajanje takih smernic naletelo na odpor v stroki. Glede na mednarodne dokaze je videti, da bi bilo dobro v pripravo smernic vključiti zaposlene, da bi smernice sprejeli za svoje in s tem zagotovili njihovo izvajanje in upoštevanje.
- Prepoznane dobre prakse na primarni ravni zdravstvene oskrbe so vključevale referenčne ambulante kot pomemben korak pri zagotavljanju oskrbe za tiste z več zdravstvenimi potrebami hkrati, ker dopuščajo bolj sistematično obravnavo pacienta s strani multidisciplinarnega tima. Pacienti so tudi navajali izkušnje iz severovzhodne regije, kjer poznajo konzultacije s kliničnim farmacevtom za paciente, ki jemljejo več kot osem zdravil, kot dobro prakso, ki omogoča boljšo in širšo obravnavo stranskih učinkov zdravil, interakcij med zdravili in polifarmacijo.
- Na sekundarni ravni zdravstvenega varstva so intervjuvani izvajalci zdravstvene dejavnosti opozarjali na medicinske sestre, ki skrbijo za koordinacijo in kontinuiteto oskrbe v severozahodnem delu Slovenije (glej spodaj), kot na dobro prakso. Onkološki inštitut v Ljubljani je bil omenjen kot primer rutinske izmenjave rezultatov konzultacije bolnikov s specialisti na sekundarni ravni s specialisti družinske medicine.
- Vzpostavitev protokola in kontrolnega seznama skladno z načeli sodelovanja na področju ortogeriatrije v Ljubljani, ki sta po mnenju udeležencev intervjujev pomembno prispevala k izboljšanju rezultatov obravnave zloma kolka pri starejših.

***Raziskava v skupini izvajalcev v Ljubljani, severozahodni in severovzhodni Sloveniji je glede načrtovanja procesov in postopkov odpusta pokazala na pomanjkanje standardizacije procesov in postopkov kot na ključni izziv za izboljšanje kontinuitete in sodelovanja med ravnmi.***

- Načrtovanje odpusta lahko prispeva k obvladovanju stroškov in boljšim izidom za bolnika tako, da vpliva na dolžino hospitalizacije in lažjo premostitev vrzeli med obravnavo v bolnišnici in na domu.
- Raziskava med zdravniki in medicinskimi sestrami, ki delajo v bolnišnici, med osebjem, ki dela v zdravstvenih domovih (patronažne sestre, specialisti družinske medicine in diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah), medicinskimi sestrami v institucijah, kjer se izvaja DO, in predstavniki bolnikov je pokazala, da udeleženci prepoznajo pomanjkanje standardizacije odpustnih dokumentov kot pomemben izziv za zagotavljanje kontinuitete oskrbe, kar velja še posebno za tiste iz ranljivih skupin prebivalstva, ko so odpuščeni iz bolnišnice.
- Anketirani so se strinjali, da imajo sestre koordinatorke oskrbe, kot jih poznajo v severnozahodnem delu Slovenije, pomembno vlogo pri zagotavljanju koordinacije odpusta bolnikov iz bolnišnice, prevzemanju odgovornosti za upravljanje primera in koordinacijo različnih storitev za boljše zadovoljevanje potreb pacienta.
- Glede na rezultate raziskav bi bolj strateški pristop do načrtovanja odpusta, kot ga izvajajo v severozahodni Sloveniji, lahko prispeval k izboljšanju rezultatov pri pacientu.

***Dolgotrajna oskrba se zagotavlja na različnih ravneh zdravstvenega in socialnega varstva, vstopne točke so različne, različni pa so tudi postopki glede ocene upravičenosti do dodatkov za podporo glede potreb po dolgotrajni oskrbi.***

- Glede na opise se zagotavljanje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji močno opira na medicinsko in kurativno obravnavo v institucijah za dolgotrajno oskrbo in je manj poudarka na rehabilitaciji ter preventivi.
- Dostopni podatki kažejo na pomanjkanje transparentnosti glede vstopanja v dolgotrajno oskrbo zaradi različnih vstopnih točk in različnih postopkov ugotavljanja potreb po tej oskrbi. To prispeva k tveganju za neenakost v obravnavi ljudi, ki potrebujejo omenjeno oskrbo.
- Različni mehanizmi nadzora in regulacije ovirajo vzpostavitev boljše koordinacije zagotavljanja storitev med izvajalci zdravstvene oskrbe in socialnega varstva.
- Vladni predlog Nacionalnega plana zdravstvenega varstva za obdobje 2016–2025 obravnava nekatere od teh izzivov z vzpostavljanjem enotnih načinov dostopa do storitev, integriranjem izvajanja aktivnosti različnih oblik in enotnim načinom financiranja.