

130-letnica obveznega zdravstvenega zavarovanja

Marjan Sušelj – direktor ZZS

Alojz Ihan

Solidarno zdravstveno zavarovalništvo se je v Evropi razvilo iz delavskih skladov, zlasti rudarskih in železarskih, katerih namen je bil pomagati ponesrečenim kolegom v teh nevarnih poklicih. Ideja zdravstva kot osnovne državljske dobrine se je kasneje v Evropi tako uveljavila, da smo ne glede na model financiranja (zavarovalniški ali proračunski) prebivalci EU takrat, ko zbolimo, deležni zdravstvene oskrbe brez bojazni, da je ne bomo mogli plačati. Standard zdravstvene oskrbe po državah EU je, čez prst, odvisen predvsem od državnega BDP – bogatejši imajo več bolnišnic, večji nabor storitev, več zdravstvenih delavcev. Se je »prekletstvu« vloge denarja v zdravstvu sploh mogoče izogniti?

Na žalost se temu »prekletstvu« ne more izogniti nobena država na svetu. Z dosežki vrhunske medicine, nastankom sodobnih bolnišnic in klinik, novih in praviloma izjemno dragih zdravstvenih tehnologij ter tudi inovativnih zdravil pa je videti, da imajo z zagotavljanjem zadostnih sredstev za zdravstvo težave tudi bogatejše evropske države. To opazimo v praksi tudi na ZZS, ko ugotavljamo, da kakšno novo drago zdravilo, ki za enega bolnika stane celo več kot 100.000 na leto, uvedemo celo prej kot npr. Združeno kraljestvo, Francija, Avstrija ... Ker se »prekletstvu« napredka medicine in tehnologije ne moremo izogniti, je treba s tem na nek način živeti, se s stanjem soočiti in ga obvladati, tako da se razpoložljivi denar za zdravstvo čim gospodarneje porabi. Bogatejše države z višjim BDP na prebivalca so vsekakor v boljši startni poziciji, vendar pa je zanimivo, da korelacija med zbranimi sredstvi za zdravstvo na eni strani (»input«) in uspešnostjo in učinkovitostjo zdravstvenih sistemov na drugi (»output«) ni vedno enoznačna. Najbolj izstopa primer ZDA, kjer za zdravstvo namenjajo že 17,2 % BDP, pa vendar revija *Lancet* (2017; 390:231-66) v svoji študiji ugotavlja, da je zdravstveni sistem ZDA po svoji učinkovitosti (z vidika izida zdravljenj) z 81 točkami na enaki ravni kot v Estoniji in Črni gori. Slovenija, ki namenja za zdravstvo 8 % BDP (povprečje EU pa je 9,6 %), pa se s 87 točkami uvršča celo pred Nemčijo (86), Dansko (86) in Veliko Britanijo (85). Tik pred Slovenijo pa so z 88 točkami Irska, Avstrija, Francija, Belgija in Kanada. Ti podatki nam dokazujejo po eni strani, da je mogoče tudi s sorazmerno manjšimi finančnimi sredstvi uveljaviti dober zdravstveni sistem, ali z drugimi besedami, vsiljuje se misel, da »denar vendarle ni vse«. Po drugi strani pa nas ti podatki opozarjajo, da moramo izjemno pozornost nameniti učinkovitosti systemske ureditve zdravstva na ravni celotne države, organiziranosti zdravstvenega varstva ter razvijanju mreže javne zdravstvene službe. Naj torej povzamem! Denar je zgolj sredstvo, za katerega je sicer pomembno, da ga predvsem ni premalo. Vendar pa je še pomembneje, da se vzpostavi dobro delujoči sistem, ki skrbi na eni strani za gospodarno porabo javnih sredstev, na drugi strani pa teži za dobrim izidom zdravljenja, kar povečuje prebivalstvu kakovost življenja in podaljšuje njegovo trajanje. Prav slednje, kakovost in trajanje življenja, pa je tudi civilizacijski dosežek evropskih držav, vključno naše Slovenije. Vse to se lahko uresničuje zato, ko so na tem območju pred več kot 130 leti uvedli obvezno zdravstveno zavarovanje. S tem se na ravni celotne družbe

zagotavlja organizirana skrb za bolne in poškodovane. Vse večja zdravstvena varnost delavcev in ostalih prebivalcev je namreč ugodno vplivala tudi na gospodarski razvoj in s tem posredno zagotavljala blaginjo naše družbe. Kakovostna in dostopna zdravstvena varnost za vse državljanke je zato danes nepogrešljivi temeljni kamen družb, ki si prizadevajo za nadaljnjo rast in blaginjo države.

Za organiziranost ZZZS velja, da ni z njo v Sloveniji nihče zadovoljen – ker ni niti polnokrvna zavarovalnica s pogodbenimi obveznostmi do vsakega zavarovanca, niti ni državna agencija, v kateri bi njen direktor in nato še minister neposredno odgovarjala za slabe in predvsem neopravljene zdravstvene storitve. Za ZZZS se zdi, kot da je blagajna, v katero se stekajo z zakoni predpisani zdravstveni prispevki, torej nekakšen davek; potem pa ga razporeja med izvajalce po vnaprej določenih kvotah, ne da bi se znala in tudi smela z njimi pogajati o vrsti, kakovosti in ceni storitev. Je to preveč karikiran opis?

Morda bom z odgovorom marsikoga presenetil. Tudi ZZZS ni zadovoljen s svojo vlogo, ki jo ima v sistemu, kot nam jo narekuje in predvsem omogoča veljavna zakonodaja. Še več, celo ugledni in dobro poučeni tuji strokovnjaki danes Slovenije pravzaprav ne uvrščajo več niti med države s tipičnim modelom obveznega (socialnega) zdravstvenega zavarovanja, ki je značilen za polovico Evrope, niti med države s tipičnim, državno vodenim zdravstvom, ki je značilno predvsem za skandinavske države in Združeno kraljestvo. V zadnjih 15 letih se je namreč slovenska država res intenzivno vmešavala v delovanje celotnega zdravstvenega sistema in seveda tudi v poslovanje ZZZS. Zato poslovanje pretirano regulirajo in nadzorujejo razbohoteni instituti soglasij ministra za zdravje, vlade ali državnega zbora: o najvišji dovoljeni porabi, finančnem načrtu in zaključnem računu, pravilih obveznega zavarovanja, kadrovskega načrtu, imenovanju generalnega direktorja ... Če pa bi se primerjali z evropskimi državami z obveznim (socialnim) zdravstvenim zavarovanjem (Avstrija, Nemčija, Francija, Nizozemska ...), pa naj bi ZZZS avtonomno upravljali zavarovanci kot porabniki storitev in delodajalci kot plačniki prispevkov. Slednji so namreč zainteresirani, da so zavarovanci upravičeni do optimalne košarice pravic po razumni ceni. Žal pa zaradi številnih omejitev in neustrezne zakonodaje ZZZS nima tako odločujoče vloge, kot jo imajo npr. nemške ali avstrijske bolniške blagajne. ZZZS si zato že več kot 15 let prizadeva za posodobitev zdravstvene zakonodaje in se zelo dejavno vključuje v vse zakonodajne pobude, podaja svoja dobro utemeljena mnenja in jasna stališča. Sedanja z zakonodajo predpisana vloga ZZZS je namreč neprimerna in pomanjkljiva, zato pač ZZZS ne more zagotoviti še večje poslovne učinkovitosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. To še posebej velja za prizadevanja, da bi ZZZS vendarle postal v okviru razumne nove zakonodaje bolj aktiven kupec zdravstvenih storitev. Poenostavljeno rečeno! Izračun realnih cen zdravstvenih storitev mora postati izključno pristojnost strokovnjakov s področja zdravstvene ekonomike ter rezultat pogajanj med kupcem in ponudniki, ne pa tako kot danes, ko je izračun cen praviloma predmet politične odločitve v okviru t.i. *Splošnega dogovora*, v katerem je lahko arbiter deležen tudi izsiljevanj. ZZZS bi namreč moral strokovno opredeliti kalkulacije cen zdravstvenih storitev, zakupiti programe zdravstvenih storitev glede na dejanske potrebe zavarovancev ter uvajati sodobne obračunske modele za plačilo zdravstvenih storitev. Danes

pa npr. plače zdravstvenih delavcev, ki predstavljajo kar okoli 57 % cene, določijo vlada in sindikati v javnem sektorju v medsebojnih pogajanjih. O ostalih 43 % cene (materialni stroški, amortizacija ...) se enakovredno pogaja kar osem partnerjev v zdravstvu (tudi ZZZS) v okviru letnega Splošnega dogovora. Ker pa se praviloma ne uskladijo, o vrednosti in obsegu programov zdravstvenih storitev arbitrarno odloči vlada praviloma na predlog ministrstva za zdravje. Enako velja tudi za obseg programov ter ostale elemente letnega dogovora. Gre za zelo zahteven in zapleten postopek. Odločitev pa nazadnje sprejme vlada RS, včasih na začetku leta, včasih pa tudi šele kasneje, anekse k tej odločitvi pa dostavljajo tudi med letom ali celo konec leta. ZZZS meni, da je treba obstoječi sistem dogovarjanja za »letni dogovor« kot preživetega ukiniti ali pa ga pomembno prevetriti in nadgraditi.

Tudi košarica pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bi se morala prilagoditi potrebam prebivalstva z uvedbo sistema stalnega vrednotenja zdravstvenih tehnologij, ki bi omogočil tudi načrtovanje, spremljanje in vrednotenje pravic iz obveznega zavarovanja. ZZZS bi moral samostojno odločati o vključitvi nove zdravstvene tehnologije in njeni izločitvi iz zavarovanja, in sicer na podlagi t. i. nacionalnega kataloga zdravstvenih tehnologij oz. storitev, ki se smejo uporabljati v Sloveniji. Ta katalog naj bi sprejelo Ministrstvo za zdravje ali, še bolje, posebna agencija. S tem bi se ureditev vključevanja zdravstvenih tehnologij v obvezno zavarovanje približala veljavni ureditvi vključevanja zdravil v obvezno zavarovanje. Nesprejemljivo je namreč, da se brez ustreznih podatkov in strokovnih utemeljitev (študij HTA ipd.) arbitrarno odloča o uvedbi novih zdravstvenih tehnologij v sistem obveznega zavarovanja, na primer kar preko prej omenjenega letnega Splošnega dogovora. Stroškovne študije morajo biti obvezne za odločanje, izvajalci zdravstvenih storitev pa morajo biti dolžni posredovati podatke za ta namen.

Kakšne so organizacijske spremembe, ki bi ZZZS naredile bolj učinkovit? Ima ZZZS vizijo svoje dejavnosti čez deset ali dvajset let?

Poleg tega, kar sem v odgovoru na prejšnje vprašanje že omenil, bi bilo treba na sistemski ravni urediti in profesionalizirati sistem kakovosti in varnosti ter sistem vrednotenja novih zdravstvenih tehnologij. Po naši oceni je smiselno za to ustanoviti novo agencijo po vzoru drugih evropskih držav. Razvoj medicine in tehnologije je namreč tako hiter, da je treba profesionalizirati posodabljanje nacionalnih smernic in kliničnih poti ter vrednotenje zdravstvenih tehnologij, saj zahteva kontinuirano in predano delo strokovnjakov. Bojim se, da zgolj današnja srčnost ali, z učeno besedo, entuziazem posameznikov, stališča nekaterih strokovnih kolegijs in stanovskih združenj ne bodo več zadoščali. Tu se skriva tudi odgovor na vaše vprašanje, ali ZZZS ve, kaj kupuje oz. kako učinkovite storitve kupuje. Podobno kot za področje zdravil, potrebujemo seznam zdravstvenih storitev, ki jih je v Sloveniji dovoljeno izvajati, ker zanje agencija jamči, da gre za varne in kakovostne storitve. Na tej podlagi bi ZZZS (zakonski okvir in razpoložljiva sredstva) opredelil, katere storitve bo kril iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, podobno kot to počne že na področju zdravil. Razvoj v sorodnih evropskih državah gre tudi v smeri, da za kakovost zdravstvenih storitev skrbi država (ne zavarovalnica oz. bolniška blagajna), prav zavarovalnica oz. bolniška blagajna kot plačnik pa izvaja tudi strokovni nadzor nad izvedbo zdravstvenih storitev. V Sloveniji danes strokovni nadzor nad delom zdravnika izvaja praktično le zdravniška zbornica, plačnik pa sploh nima te

pristojnosti. Celó v ZDA, kjer imajo povsem tržni model zdravstvenega zavarovanja, imajo državno agencijo, ki skrbi za varnost in kakovost zdravstvenih storitev in ki ima v ta namen vzpostavljen tudi zanimiv spletni portal. Tam je spletni portal na eni strani namenjen informiranju bolnikov o posameznih bolezenskih stanjih ter terapijah, ki so na voljo, s čimer povečujejo zdravstveno pismenost državljanov. Verjetno na ta način preprečujejo tudi nerealna pričakovanja pacientov glede izidov zdravljenja. Na drugi strani pa imajo vzpostavljen tudi spletni portal za zdravstvene delavce, na katerem objavljajo veljavne klinične poti in nacionalne smernice oz. doktrino zdravljenja posameznih zdravstvenih stanj, vključno s kazalniki kakovosti in varnosti obravnave pacientov. Verjetno na ta način zagotavljajo tudi poklicno varnost in odgovornost zdravstvenih delavcev ob morebitnih zapletih in s tem povezano odškodninsko odgovornost.

Če pa se ozrem na notranje delovanje ZZZS v okviru obstoječega systemskega okvira, pa želim poudariti, da se je pravkar zaključila javna razprava o predlogu novega *Strateškega razvojnega programa ZZZS za obdobje 2020–2025*. Posebej smo k sodelovanju, tudi pisno, povabili vse ključne deležnike v zdravstvu, tudi zdravniško zbornico, da nam podajo svoja mnenja, pripombe in predloge. Kot zanimivost naj omenim, da smo opredelili 10 ključnih strateških aktivnosti in med njimi tudi aktivnost št. 9: »Zmanjševati administrativna bremena izvajalcev zdravstvenih storitev.« To aktivnost smo načrtovali povsem samostojno, še preden so na ta problem opozorili družinski zdravniki lani jeseni. V okviru te aktivnosti zdaj načrtujemo odpravljanje poročanja istovrstnih podatkov več institucijam, če jih lahko zagotovi ena sama, odpravo beleženja in poročanja nepotrebnih podatkov, poenostavitve in združevanje listin ter uvajanje elektronskih listin. Nekatere administrativne razbremenitve družinskih zdravnikov smo izpeljali že letos, nekatere načrtujemo v kratkem, za druge pa sta pristojna tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje (e-Zdravje, e-Naročanje, nacionalna statistika ...) in Ministrstvo za zdravje (različni pravni predpisi). V novem razvojnem obdobju se ZZZS osredotoča na naslednje ključne strateške aktivnosti: izboljšanje informiranja in zmanjševanje neenakosti med zavarovanimi osebami, uveljavljanje zdravstva kot prioritete v državi z zadostnimi viri financiranja, razvijanje in uvajanje novih obračunskih modelov, spodbujanje kakovosti zdravstvenih storitev, krepitev vloge ZZZS kot aktivnega kupca zdravstvenih programov in predvsem izboljševanje dostopa zavarovanih oseb do zdravstvene oskrbe, izboljšanje odzivnosti in večja učinkovitost organiziranosti ZZZS, pospešitev digitalizacije poslovanja ZZZS in intenzivno vključevanje v razvoj nacionalnih rešitev, vzpostavljanje razvojno naravnane kadrovske dejavnosti ZZZS ter razširitev in nadgradnja uporabe podatkov pri odločanju v ZZZS.

Vi ste tisti, ki vas dolžijo za čakalne vrste.

Oprostite, ampak takšna posploševanja pa res niso na mestu! T.i. model iskanja krivcev in »grešnih kozlov« bi morali vsaj na področju zdravstva preseči, saj je zdravstveni sistem preveč pomemben družbeni podsistem, da bi se na probleme odzivali samo z ihtavim iskanjem krivde pri drugih in z negativističnimi medijskimi kampanjami. Ob soočanju s težavami v zdravstvu mi je bližji pristop t.i. projektnega menedžmenta, kjer se v timu dogovorimo za aktivnosti, ki jih bomo izvedli, za spremljanje učinkov in za morebitne sprotne

popravljalne ukrepe, opredelimo pa tudi tveganja za doseg začrtanih ciljev in jih obvladujemo z dodatnimi ukrepi. Takšno kulturo v Sloveniji pogrešam nasploh, ne samo v zdravstvu.

O problematiki čakalnih dob se namreč pogovarjamo že 15 let in trdim, da smo v zadnjih treh letih naredili večje premike na tem področju, da smo na pravi poti, vendar je veliko ukrepov še treba izpeljati pri različnih deležnikih, oprostite, tudi v zdravniških vrstah.

Očitek glede čakalnih dob, ki ga nekateri naslavljajo na ZZZS, predpostavlja, da je moč čakalne dobe v zdravstvu odpraviti zgolj z dodatnim denarjem. Vendar pa vam sporočam, da je ZZZS v letu 2017 za čakalne dobe namenil kar dodatnih 33,1 milijona evrov, v letu 2018 dodatnih 39,5 milijona evrov, v letu 2019 pa namenja še okoli 10 milijonov evrov več kot v letu 2018. V tem obdobju se je zato seznam zdravstvenih storitev in dejavnosti, ki jih ZZZS plačuje po t.i. dejanski realizaciji, torej po količini neomejeno, zelo razširil in trenutno obsega že več kot 50 storitev oz. dejavnosti. Ta seznam si lahko ogledate v *Prilogi III Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2019*. Zato očitek, da nekaterih storitev ZZZS ne plača v celoti, temveč v omejenem obsegu, vedno bolj izgublja stik z realnostjo, če se nežno izrazim. ZZZS se namreč vedno bolj sooča s primeri, ko bolnišnice in drugi izvajalci zaradi pomanjkanja kadrov, opreme ali prostorov ne uspejo izvesti pogodbeno dogovorjenega programa. Nekatere bolnišnice so se zato morale celo zanašati na pomoč hrvaških anesteziologov, urologov ... V letu 2017 je ZZZS tako v okviru t. i. enkratnega dodatnega programa za dodatne operacije in posege namenil 25,6 milijona evrov, zaradi le 60-odstotne realizacije tega programa pa je izplačal le 15,2 milijona evrov. V letu 2018 je bilo za programe za skrajšanje čakalnih dob namenjenih 58 milijonov evrov (sredstva ZZZS, dopolnilnega zavarovanja in proračuna), vendar ker plan ni bil dosežen, je bilo izvajalcem izplačanih 42 milijonov evrov.

Čakalne dobe so torej vedno manj odraz pomanjkanja finančnih sredstev in vedno bolj odraz pomanjkanja zadostnih kadrovskega virov. In prav na tem področju bi pričakovali učinkovitejše izvajanje kadrovske politike s strani ministrstva za zdravje in zdravniške zbornice. Pomanjkanje zdravnikov v nekaterih specialnostih je namreč tudi posledica napačne politike razpisovanja specializacij ter načrtovanja vpisa na medicinsko fakulteto. Prav zaradi kadrovskega pomanjkanja bi pričakovali, da se bodo zlasti zdravniške organizacije dejavneje lotile mdr. tudi problematike nepotrebnih storitev v zdravstvu. Na Nizozemskem in v ZDA, kjer je vzpostavljen učinkovit nadzor nad kakovostjo in varnostjo dela zdravnikov in zdravstvenih delavcev, so ugotovili, da je okoli 20 % izdatkov posledica nepotrebnih storitev.

Pojav čakalnih dob v zdravstvu sicer ni značilen samo za Slovenijo, temveč tudi za številne druge, tudi za nekatere razvitejšje oz. bogatejše evropske države. Praviloma je razlog v naraščajočih potrebah starajočega se prebivalstva, čemur ne sledi ustreza ponudba na strani javne zdravstvene službe, in sicer zaradi pomanjkanja bodisi finančnih virov bodisi ustreznih kadrov.

Za obvladovanje čakalnih dob torej ni pomembno zagotoviti zgolj dodatnega denarja, temveč sprejeti tudi druge, nefinančne ukrepe, kot so:

- dolgoročnejsše načrtovanje potrebnih količin programa po posameznih vrstah zdravstvenih dejavnosti in vrstah zdravstvenih storitev, upoštevajoč staranje populacije in s tem večji delež starejših oseb ter zlasti razvoj medicine, ki omogoča za bolnike prijaznejše in učinkovitejše oblike zdravljenja;
- načrtovanje potrebnega kadra ter prostorskih zmogljivosti, ki naj temelji na potrebah zavarovanih oseb, incidenti posameznih bolezni in na razvoju medicinske stroke;

- optimizacija in specializacija izvajalcev za učinkovitejšo uporabo kadrovskih in prostorskih virov;
- izboljšanje upravljanje javnih zdravstvenih zavodov;
- celovita in razumnejša uvedba sistema e-Naročanje;
- hitrejše uvajanje in posodabljanje obračunskih modelov za plačevanje izvajalcev;
- prožnejše plačevanje zdravstvenih delavcev glede na količino opravljenega programa in doseganje drugih zastavljenih ciljev (variabilni del plače);
- stalno izobraževanje zdravstvenih delavcev za odpravljanje oz. zmanjšanje naročanja neutemeljenih oz. nepotrebnih zdravstvenih storitev.

Po mnenju mnogih zdravstvu primanjkuje dodatnega denarja. Koliko in kje so po vašem možni dodatni viri denarja?

Delno sva se tega vprašanja že dotaknila, zato naj samo podčrtam ugotovitev, da so zadostni finančni viri za zdravstvo dobra osnova za učinkovit zdravstveni sistem, temeljijo pa, žal, na ekonomskih zmožnostih države. Zelo učinkovit zdravstveni sistem imajo v Evropi države z visokim življenjskim standardom: Švica, skandinavske države, Nizozemska, Luksemburg, Avstrija ... V Sloveniji znašajo vsi javni in zasebni izdatki za zdravstvo na prebivalca 2.023 evrov, medtem ko znaša povprečje v Evropski uniji 2.532 evrov. Po teh izdatkih je Slovenija najbližje Portugalski in Češki, in sicer predvsem zaradi nizkega deleža državnega proračuna v strukturi vseh izdatkov za zdravstvo v Sloveniji. V slovenski državi namreč delež sredstev državnega proračuna za zdravstvo znaša le 4 % vseh sredstev za zdravstvo, kar je najmanj med vsemi državami EU (no, z izjemo Hrvaške). Države, ki so z nami primerljive po sistemu socialnega zdravstvenega zavarovanja, namreč namenjajo iz državnega proračuna za zdravstvo v povprečju kar 11 %. Zato je za Slovenijo ključen tudi izziv, kako financirati zdravstveni sistem v prihodnje, saj, kot ugotavlja tudi Evropska komisija v svojem zadnjem poročilu, gre v Sloveniji doslej za ciklično in neustrezno soočanje s pričakovanimi povišanji stroškov zdravstva zaradi staranja prebivalstva in tehnoloških sprememb, pa tudi ne računa na soočanje z možno javnofinančno krizo, ki se obeta.

Na tem področju je poleg povečanja javnih sredstev za zdravstvo potreben tudi prehod na sistem financiranja, ki je manj odvisen od prispevkov (zlasti od obremenitev plač). Menim, da bi bil velik uspeh, če bi v naslednjih petih letih uspeli izdatke za zdravstvo v Sloveniji povečati z 8 % na 9 % BDP, medtem ko znaša samo povprečje v EU, kot sem že omenil, 9,6 % BDP. Takšno povečanje (1 % BDP pomeni približno 500 milijonov evrov) pa ni odvisno le od politične volje, ampak tudi od nadaljnje gospodarske rasti in blaginje v Slovenije, o čemer sva se pogovarjala že na začetku. Dodatni denar za zdravstvo je lahko zgolj dobra osnova, ne sme pa biti cilj sam po sebi. Formula uspešnih držav se namreč glasi: *»S postopnim izboljševanjem učinkovitosti zdravstvenega sistema (izidi zdravljenja, gospodarnost) in povečevanjem finančnih virov za zdravstvo (v smislu učinkovitih investicij) se izboljšuje kakovost življenja ljudi in omogoča napredek družbe ter nadaljnja rast gospodarstva.«* V Sloveniji imamo v zadnjih petih letih visoko gospodarsko rast, zato je ZZZS v zdravstveni sistem lahko vložil dodatnih 700 milijonov evrov. Zelo pomembno je, da bo ta vložek izboljšal dostopnost in učinkovitost zdravstvenega sistema in tako dodatno spodbudil napredek družbe. Zato se tudi sam strinjam z mnogimi, ki opozarjajo, da je treba v okviru zdravstvene reforme zagotoviti tudi učinkovitejše upravljanje na vseh ravneh zdravstvenega sistema.

Kaj pa participacije na recepte, obiske zdravnika, bolnišnice? To je bilo v nekaj predlogih zdravniških organizacij.

Participacija je vzgojni ukrep za pacienta, ki so ga uvedle nekatere evropske države. Za Slovenijo trenutno ni primeren, ker imamo že uvedena doplačila, a smo se zanje dopolnilno zdravstveno zavarovali. Participacija predstavlja tudi dokaj veliko administrativno breme za izvajalce in nevarnost, da se bo morala npr. ambulanta družinske medicine ukvarjati še z gotovinskim plačevanjem in vodenjem davčne blagajne. Ali smo pripravljeni slovenskemu zdravniku in medicinski sestri dati še nalogo izdajanja računov ter nalogo pojasnjevanja pacientom, zakaj in v kakšni višini je doplačilo potrebno? Zadnje izkušnje evropskih držav ne dajejo najbolj spodbudnih informacij, da je ukrep participacije učinkovit, zlasti ker bo lahko materialno šibkejše paciente odvrnil tudi od *potrebne* obiska zdravnika, nujnega zdravlila ... Nekatero evropske države zato predvsem spodbujajo »zdravstveno opismenjevanje pacientov«, uvajajo davke na škodljive izdelke ter različne sisteme bonusov in malusov, npr. ko gre za ustrezno ali neustrezno vključevanje v različne preventivne in zdravstvenovzgojne programe.

Kaj so glavne slabosti našega zdravstvenega sistema?

Največji izziv za zdravstveni sistem v Sloveniji je obvladovanje dolgoročnih posledic staranja prebivalstva in nekaterih drugih razvojnih gibanj, ki terjajo kompleksne in dolgoročne sistemske prilagoditve, torej ne le parcialnih, operativnih oz. kratkoročnih rešitev. Posledice staranja prebivalstva, hitrega razvoja zdravstvenih tehnologij, novih izjemno dragih zdravil namreč vplivajo na spremembe pri povpraševanju in ponudbi storitev. To se ne nazadnje kaže tudi v silovitih pritiskih na naraščanje izdatkov za zdravstvo, pa tudi v razkorakih in neravnotežjih med razpoložljivimi viri in možnimi izdatki za zdravstvo. Zato v Sloveniji že dlje časa opozarjamo, da so potrebne večje sistemske spremembe, ki bi blažile ta neravnotežja in omogočile boljše obvladovanje tovrstnih pritiskov na povpraševanje po oskrbi v stroških sistema.

Kaj bi bilo torej treba storiti? Za razliko od Slovenije razvite države EU na te trende odgovarjajo sproti, in sicer s številnimi po obsegu manjšimi, a nič manj celovitimi in učinkovitimi sistemskimi prilagoditvami. Takšne reforme zadevajo praviloma tri sistemska področja: predvsem (1) vodenje in upravljanje sistema, (2) organizacijo in (3) financiranje zdravstvenega sistema. Na področju financiranja so ključni ukrepi za (1) zagotavljanje zadostnih virov za zdravstvo, (2) učinkovito razporejanje in porabo teh virov in (3) za zagotavljanje primerne dostopa do storitev in drugih pravic iz javnega naslova. V Sloveniji s tovrstnimi sistemskimi spremembami že predolgo odlašamo ali ne pridemo do ustreznega dogovora, kaj je treba spremeniti. Posledice se vse izraziteje kažejo bodisi pri zagotavljanju zadostnih finančnih virov bodisi kot težave pri dostopu oseb do storitev ali kot težave pri zagotavljanju zadostnih kadrov idr. Skratka, imamo izzive tako na področju načrtovanja in vodenja sistema, pri organizaciji oz. zagotavljanju ustreznih zmogljivosti ter tudi pri zagotavljanju zadostnih finančnih virov. Zato je pomembno, da se kot družba čim prej poenotimo glede teh osnovnih vprašanj ter vlaganje v zdravje oz. zdravstvo opredelimo in udejanjimo kot našo res skupno prioriteto.

Po drugi strani menim, da so potrebni tudi ukrepi za bolj učinkovito upravljanje in vodenje javnih zdravstvenih zavodov. Treba je namreč zagotoviti tudi boljše obvladovanje stroškov, in sicer tako stroškov dela (z ustrežnejšim vodenjem politike zaposlovanja in nagrajevanjem delavcev) kot tudi z bolj gospodarno in pregledno nabavo zdravil in materiala pri zunanjih izvajalcih preko sistema javnih naročil. Ne nazadnje je treba tudi posodobiti in optimizirati mrežo javne zdravstvene službe, saj je bila postavljena pred več kot 50 leti in kot taka ne

ustreza več sodobnim pristopom tako po visoki specializaciji in koncentraciji znanja kot glede potreb bolnikov. Tudi plačna politika v javnem sektorju je preveč nestimulativna in toga ...

Nemoč ZZZS, da sledi realnim procesom v bolnišnicah, od cen materialov do različnih vrst in zahtevnosti zdravstvenih posegov, je argument »pravih« zavarovalnic, češ da bi one, če bi prevzele posel, vse procese v bolnišnicah kontrolirale, kot jih ZZZS ne zmore. In bi lahko z izvajalci storitev sklepale pogodbe, kot jih ZZZS ne zmore. Kako odgovarjate na to?

Zelo preprosto odgovarjam, da ne gre za pomanjkanje kompetenc (tj. sposobnosti), temveč za pomanjkanje pooblastil. ZZZS namreč danes vsega tega skladno z veljavno zakonodajo ne more izvajati, zato tega ne bi mogle početi niti zasebne zavarovalnice. Treba bo določiti obveznost bolnišnic, da o dejanskih stroških redno in sistematično poročajo ZZZS-ju ter da v ta namen uvedejo ustrezne evidence o stroških po zdravstvenih storitvah in pacientih. Danes številne bolnišnice s temi evidencami niti ne razpolagajo v ustrezni obliki, kaj šele, da bi uvedli informacijski sistem za redno medsebojno izmenjavo podatkov o stroških. Vendar pa bi ZZZS lahko šele na tej podlagi, podobno kot to počnejo nemške bolniške blagajne, izračunal povprečne stroške in določil realne (poštene) cene zdravstvenih storitev ter jih redno sproti posodabljal. Kot sem že omenil, pa cene zdravstvenih storitev pogosto določi kar Vlada RS v okviru letnega Splošnega dogovora. Čeprav ZZZS nima zakonskih pooblastil, je po lastni odločitvi prav letos pripravil prvo nacionalno stroškovno analizo za akutno bolnišnično obravnavo (SPP), v kateri je sodelovalo 10 bolnišnic. To nam je uspelo zaradi močne odločenosti Ministrstva za zdravje kot lastnika bolnišnic, da to izvedemo, in ker so za to izkazali pripravljenost tudi v 10 bolnišnicah; šele lani pa je Ministrstvo za zdravje preneslo na ZZZS kot na plačnika storitev skrbništvo sistema SPP. Prvi rezultati so bili za nas pričakovani, saj kažejo, da so nekatere bolnišnice podcenjene, nekatere pa tudi precenjene ...

Anketa Zdravniške zbornice Slovenije med zdravniki na primarni ravni je pokazala, da jih pri delu najbolj ovirajo administrativne ovire in birokracija. Kar 44 % zdravnikov je tudi odgovorilo, da za najrazličnejše vnašanje podatkov v računalnik porabijo med 26 in 50 % razpoložljivega ambulantnega časa, 15 % pa celo več kot pol časa. Kaj konkretno ste v zadnjega pol leta naredili za administrativno razbremenitev in kaj imate v načrtu do konca leta?

Administrativna razbremenitev izvajalcev je naša strateška usmeritev, zato jo načrtujemo tudi v svojem strateškem razvojnem programu. Na podlagi sodelovanja s Koordinativnim telesom družinskih zdravnikov, ki ga vodi prof. dr. Marko Kolšek, pa smo letos marca sestavili seznam 18 administrativnih poenostavitev za ambulante družinske medicine.

Kar nekaj ukrepov smo že izvedli. Za prvi segment predlogov smo ugotovili, da so zgolj posledica slabe informiranosti (npr. da lahko pooblaščen specialisti na sekundarni ravni v svoji obravnavi predpisujejo tudi napotnice, naročilnice in recepte in da za to ni treba obremenjevati družinskega zdravnika). Zato smo okrepili ozaveščanje sekundarne ravni zdravstva. Nekaj pa je bilo predlogov, ki smo jih lahko rešili s spremembo naših notranjih pravil. Tako npr. na obrazec za potne stroške ni treba več pisati, kdo je najbližji izvajalec, če ta zdravniku ni poznan, naloga za dializo že velja za 12 mesecev in ne več za koledarsko leto.

Nekateri ukrepi so pravkar v teku izvajanja, npr. s spremembami *Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja*, katerih sprejem načrtujemo še letos. Tako ukinjamo pisanje napotnic za kontrolne preglede, če napotni zdravnik oceni, da je ta potreben tudi po prenehanju veljavnosti izdane napotnice. Poleg razbremenitve za družinske zdravnike seveda to pomeni tudi enostavnejše uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev za naše zavarovance. V septembru smo pristopili tudi k pilotnemu uvajanju elektronskega bolniškega lista, od katerega si obetamo, da bo že v naslednjem letu zmanjšal število obiskov v ambulantah družinskih zdravnikov, zlasti ob zaključku bolniškega staleža (nepotrebni obiski samo zaradi fizičnega prevzema potrdila o odsotnosti) in tudi zaradi zmanjšanja napak na potrdilih. Upoštevajoč, da je bilo v 2018 izdanih preko 1,5 milijona bolniških listov, bi 5 % zmanjšanje števila obiskov iz teh razlogov v ambulantah družinskih zdravnikov pomenilo na letni ravni zmanjšanje v obsegu delovanja za 8,5 ambulante družinske medicine, kar pomeni 78.600 obiskov manj. Nekatero administrativno razbremenitve pa žal zahtevajo spremembo zakonodaje; na primer pri potnih stroških bi si želeli odpraviti določbo o najbližjem izvajalcu pri uveljavljanju potnih stroškov zaradi zdravljenja zavarovanca v drugem kraju, saj ta povzroča težave vsem, tudi ZZZS. Nobenih birokratskih simpatij nimamo do ohranitve te preživete ureditve, temveč je težava v zakonu, ki se tudi v tem delu že 27 let ni spremenil. Podobno velja tudi za spremembo in prenos različnih pooblastil z družinskih zdravnikov na druge zdravstvene delavce. Takšne predloge je zato ZZZS odstopil Ministrstvu za zdravje, vključno s predlogi, vezanimi na poenostavljanje postopkov v okviru e-Zdravja, ki ga sicer zagotavlja NIJZ. S *Koordinativnim telesom za družinsko medicino* bomo nadaljevali začetno delo, preučili bomo pa tudi predloge, ki smo jih prejeli posebej od specialistov pediatrov.

Na drugem mestu ovir so zdravniki navedli pomanjkanje časa. Ali ste pri odpravljanju ovir pogledali tudi, koliko časa bi (ste) s tem (lahko) prihranili zdravnikom, da bi ga ti lahko več namenili pacientom? In kako se boste lotili upoštevanja standardov in normativov? Za zdravnike so ti osrednje vprašanje varne obravnave pacienta, ne pa obračunski modeli.

Na primeru elektronskega bolniškega lista sem ponazoril, kakšen prihranek lahko dosežemo na ravni celotne Slovenije in tudi na ravni posamezne ambulante. Četudi odpravimo večino e-administrativnih ovir, pa se bojim, da še ne bomo dosegli ciljnih normativov v družinski medicini. To bo možno le z zaposlovanjem dodatnih družinskih zdravnikov, trenutno jih namreč manjka kar 300.

Pa sva spet pri pooblastilih in odgovornostih pri izvajanju kadrovske politike v zdravstvu ... To ni problem obračunskih modelov in zavajanja, da ZZZS nečesa noče spremeniti. Gre za preprosto dejstvo, da ljudem ne moremo reči, da od jutri dalje nimajo več svojega družinskega zdravnika, ker je ta preobremenjen. Na tem področju pogrešam več dolgoročnega načrtovanja in sodelovanja med deležniki, pa tudi to si upam reči, da bi vsak opravil svoj del naloge, vse od diplome na medicinski fakulteti dalje.

Večkrat je bilo rečeno, da bi bilo treba vsako novo e-rešitev (kot je npr. e-Bol) zasnovati v sodelovanju z zdravniki, ki poznajo proces dela v svojih ordinacijah, in to rešitev pred uveljavitvijo dovolj natančno testirati, da nato ob uveljavitvi ni zapletov, dvojnega dela,

zbiranja res nepotrebnih podatkov, vnašanja gesel in podobno ... Zakaj se tak proces še ni uveljavil tudi v Sloveniji?

Strinjam se z vami. Tako je uvajal in izvajal svoje projekte tudi ZZZS. Ali se spomnite uvedbe kartice zdravstvenega zavarovanja leta 2000, ko smo tudi z anketami med zdravniki preverjali sprejemljivost novega sistema, pa nato uvedbe informacijskega sistema poročanja o stroških po zavarovani osebi, ki smo ga uvedli v letu 2013 ...? Spet se vračam na misel, da pogrešam več projektnega načrtovanja in projektni menedžment na ravni države.

Politika se je odločila, da e-Zdravja kot informacijskega sistema ne zagotavlja ZZZS, za kar bi bil s svojimi informatiki in opremo že utečen izvajalec, temveč Ministrstvo za zdravje in kasneje NIJZ. Nobeden od njiju pa nima lastnih informatikov, pa tudi izkušenj s področja zahtevnih nacionalnih informacijskih sistemov (še) ne. Kot nekdanji informatik trdim, da je že napočil čas, da pripravimo novo strategijo informatike v zdravstvu ter da je pri razvijanju novih nacionalnih rešitev obvezno vključiti tudi uporabnike, med njimi tudi zdravnike. Nove rešitve pa moramo pred nacionalno uvedbo preveriti v pilotnih okoljih, po nacionalni uvedbi pa poskrbeti tudi za profesionalno podporo uporabnikom, in sicer tehnično in vsebinsko.

V zadnjem času je močno porasel strošek bolniških odsotnosti, eden od poglobitnih razlogov so čakalne dobe. Ali imate analizo, koliko bi stroški za bolniške upadli, če bi vsak pacient na poseg, operacijo prišel, brez da nanj čaka na bolniški? Če nimate take analize, zakaj je nimate?

Naše poglobljene analize kažejo, da za naraščanje teh stroškov niso glavni, še manj pa edini razlog čakalne dobe v zdravstvu. Že nekaj let opozarjamo javnost in različne deležnike v državi, da je bolniški dopust vsedružbeni problem, ki terja ukrepanje v vseh segmentih družbe in na ravni celotne države. Izdatki za bolniški dopust namreč naraščajo predvsem zaradi povečevanja števila delavcev in višine plač, kar je sicer pozitivna posledica gospodarske rasti, zaradi povišanja starosti delavcev, kar je negativni demografski dejavnik, zaradi podaljšanja delovne dobe, kar je posledica pokojninske reforme v letu 2014, ter zaradi veljavne zdravstvene zakonodaje, po kateri je Slovenija (poleg Bolgarije) edina evropska država, ki nima časovno omejenega trajanja bolniškega dopusta in omejene višine izplačanega bolniškega nadomestila (zgornji limit). Za nameček pa je bolniško nadomestilo še bistveno višje od invalidske pokojnine, zato predstavlja bolniški dopust tudi nekakšen socialni korektiv ...

Za obvladovanje bolniškega dopusta je zato potrebno ukrepanje na različnih ravneh družbe, kot tudi medsektorsko in sistemsko ukrepanje. Na tem področju bomo morali na eni strani kot družba bolj učinkovito in v večji meri izvajati preventivne in promocijske ukrepe za ohranjanje zdravja prebivalcev, posebej tudi za varno in zdravo delovno okolje, ter krepiti odgovornost posameznika za lastno zdravje. Po drugi strani pa bi morali tudi zagotoviti sistemske rešitve, ki bodo po vzoru najrazvitejših evropskih držav zagotavljale bolnim ali poškodovanim delavcem hitro okrevanje in vrnitev na delovno mesto, v primeru zmanjšane delazmožnosti pa učinkovito prekvalifikacijo in prezaposlitev delavca ter učinkovitejšo poklicno rehabilitacijo. Kot na vseh drugih področjih, pa je treba pravočasno in sistematično poskrbeti za izzive starajoče se družbe tudi na področju delovne aktivnosti, zlasti da se

delovna mesta in delovni procesi prilagodijo tudi starejšim delavcem. Žal smo se leta 1992 ob spremembi družbene ureditve napačno odločili, da medicino dela izključimo iz javnega sistema, zato danes delavcem na daljšem bolniškem dopustu ne zagotavljamo individualne medicinske rehabilitacije. Delodajalcem bi morali zagotoviti tudi več pomoči in svetovanja pri zagotavljanju varnih in zdravih delovnih mest.

Ali podpirate skrajševanje čakalnih dob z vključitvijo vseh zmogljivosti v zdravstvu, torej tudi pri zasebnikih z dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti, ki nimajo koncesije?

Zaradi pomanjkanja kadrovskih virov bi bilo treba razmisliti tudi o vključevanju dodatnih zasebnih zmogljivosti, vendar nikakor na način uvajanja doplačil za zavarovane osebe. Naj spomnim, da je tovrstno rešitev za reševanje kritičnih situacij z začasnim angažiranjem izvajalcev zunaj javne mreže in celo iz tujine predvidel tudi predlog novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v letu 2017.

Ali se vam zdi dopustno, da se v našem sistemu dogaja, da je dostopnost nekaterih storitev odvisna od meseca v letu, v katerem pacienti storitev potrebujejo. Če npr. zbolijo ali potrebujejo poseg proti koncu leta, na kar sami nimajo neposrednega vpliva, v zavodu pa so že dosegli obseg s strani ZZZS plačanih storitev, ne morejo do storitve.

Pri prejšnjih odgovorih sem že pojasnil, da taka nenavadna posploševanja sploh ne držijo več. Poleg tega so bolnišnice in drugi izvajalci dolžni nenujne storitve, za katere morajo voditi čakalne sezname, enakomerno razporediti čez celotno leto.

Kdaj lahko zdravniki pričakujejo, da bo ZZZS prevzel pojasnjevanje državljanom, kaj jim iz naslova zdravstvenega zavarovanja pripada in kaj ne? Tak ukrep bi časovno močno razbremenil zdravnike, ki bi tako imeli več časa za paciente.

Strinjam se, da informiranja ni nikoli dovolj, zato ZZZS tudi v svojem novem strateškem razvojnem programu za obdobje do 2025 načrtuje dodatne aktivnosti za okrepljeno komuniciranje zlasti z zavarovanimi osebami, predvsem preko klicnih centrov in spletnih strani. Tako kot administrativnim nalogam, pa se tudi informiranju zavarovanih oseb zdravstveni delavci ne morejo povsem izogniti. Lahko pa skupaj iščemo rešitve, kako zdravstvene delavce pri tem čim bolj razbremeniti. V tem smislu ZZZS zelo intenzivno skrbi za čim boljše informiranost zavarovanih oseb, seveda skladno s svojimi kadrovske možnosti, saj nas je vendarle le 857 delavcev, ki v ZZZS izvajamo celoten sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako delavci ZZZS v 10 območnih enotah in 45 izpostavah zagotavljajo strankam informacije predvsem osebno v okviru uradnih ur ali telefonsko v okviru poslovnega časa. Kontaktni podatki vseh 341 oseb, ki strankam posredujejo splošne informacije, so objavljeni na spletni strani ZZZS, ki je zelo obiskana. Na te osebe se lahko zavarovane osebe in druge stranke obrnejo neposredno, zato so njihovi neposredni kontaktni podatki (telefon, e-pošta, faks, poštni naslov ...) tudi javno objavljeni na spletni strani. ZZZS zagotavlja informiranje zavarovanih oseb tudi na avtomatskem telefonskem odzivniku na telefonski številki 01/30-77-300 ter preko različnih državnih klicnih centrov, in sicer predvsem preko Službe za poslovanje s karticami zdravstvenega zavarovanja

na tel. št. 01/30 77 466 in preko Nacionalne kontaktne točke za čezmejno zdravstveno varstvo na tel. št. 01/30 77 222. ZZZS zagotavlja informiranje zavarovanih oseb tudi preko spletne strani, in sicer na naslovu <https://zavarovanec.zzzs.si/>, kjer je možno zastaviti tudi pisno vprašanje, objavljeni pa so tudi tipski odgovori in vprašanja. ZZZS na spletni strani www.zzzs.si/egradiva.si intenzivno izvaja tudi elektronsko založništvo, kjer lahko zavarovana oseba dostopa do vseh tiskovin za obveščanje zavarovanih oseb, med drugim tudi do celovite brošure *Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Vse spletne strani ZZZS so bile v letu 2018 obiskane 932.748-krat, tj. v povprečju 2.555 obiskov vsak dan.

ZZZS zagotavlja izvajalcem zdravstvenih storitev brezplačno številne tiskane zloženke in plakate s ciljem, da jih ambulante posredujejo svojim obiskovalcem oz. zavarovanim osebam brezplačno bodisi v čakalnici bodisi v ambulanti. Te tiskovine lahko izvajalci brezplačno naročijo pri ZZZS.

O zadnji lanski spremembi *Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja* je tako ZZZS obvestil zavarovane osebe tudi preko medijev, spletne strani, telefonsko, v pisni komunikaciji ter preko osebnih stikov. V ta namen je natisnil tudi posodobljene zloženke in plakate.

Zavedati pa se moramo tudi kadrovskih omejitev pri ZZZS. Če se nekoliko pošalim v žargonu glavarin v družinski medicini, skrbi en delavec ZZZS za splošno informiranje v povprečju za 8.050 zavarovanih oseb.

Z novim strateškim razvojnim programom načrtujemo nadgradnjo spletnih strani, uvedbo posebnih mobilnih aplikacij in zagotovitev prisotnosti ZZZS tudi v družbenih medijih. V načrtu imamo tudi nadgradnjo telefonskega komuniciranja in razširitev funkcionalnosti klicnih centrov v multimedijski center za učinkovito podporo zavarovanim osebam pri uveljavljanju pravic.

Še vedno je nerešeno vprašanje osebnih receptov. Kako daleč je zdaj ureditev tega področja in kakšna bo/je rešitev?

Za rešitev tega vprašanja sem se osebno precej angažiral, opravil razgovore s skupino mladih zdravnikov in z vodstvom zdravniške zbornice. Argumenti mladih zdravnikov so me prepričali, saj specializanti, čeprav še nimajo veljavne licence, že danes pod mentorstvom opravljajo delo v praksi. Menim, da bi bilo smiselno veljavno ureditev spremeniti tako, da se osebni recepti omogočijo tudi specializantom. Z Zdravniško zbornico smo se pogovarjali o takem kompromisu in mislim, da gre v danih okoliščinah za sprejemljiv kompromis. Spremembo pa moramo še formalnopravno izvesti v spremembah *Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja*, ki jih na ZZZS poskušamo spreminjati največ enkrat letno, da ne bi zdravstvenim delavcem in izvajalcem povzročili prevelikih bremen. Trenutno smo zaključili javno razpravo in bo o spremembah pravil najprej odločal Upravni odbor ZZZS, čemur nato sledi še obravnava na Skupščini ZZZS ter končno soglasje ministra za zdravje. Prizadevam si, da bi nova pravila in s tem nova ureditev osebnih receptov zaživela s 1. januarjem 2020.

V okviru priprave novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju bo treba področje predpisovanja zdravil ponovno in širše preučiti, tudi z vidika administrativnih

razbremenitev družinskih zdravnikov in izrabe novejših tehnoloških rešitev, kot je npr. e-
Recept, kjer v določenih primerih obisk zdravnika zaradi predpisa zdravila ne bo več
potreben.