

Dolgoročna reforma zdravstva v Sloveniji

NAPOTEK ZA CELOSTNO RAZPRAVO O SPREMEMBAH (januar 2021)

- A. OSNOVNE INFORMACIJE**
- B. NARAVNO IN DRUŽBENO OKOLJE**
- C. CILJI DOLGOROČNE ZDRAVSTVENE REFORME**
- D. KLJUČNA PODROČJA SPREMINJANJA ZDRAVSTVA**
 - 1. Zdravstvena preventiva**
 - 2. Pravice iz Obveznega zdravstvenega zavarovanja**
 - 3. Mreža javne zdravstvene službe**
 - 4. Zdravstvena dejavnost**
 - 5. Profesionalizacija zdravstvenega menedžmenta**
 - 6. Dolgoročna javno-finančna zdržnost OZZ**

A. OSNOVNE INFORMACIJE

1. Tehnologija spreminjanja javnih sistemov socialne varnosti:

- Kakovostna analiza: **KAJ in ZAKAJ spremeniti** (razčlenitev, ugotavljanje)
- Ustvarjalna sinteza: **KAKO spremeniti** (globalni cilji, prioritete)
- Izvedba: **KDO in KDAJ bo spremenil** (parcialni cilji, programi, projekti)
- Dopustna finančna poraba: **PO ČEM bodo spremembe** (gospodarjenje z viri)

B. NARAVNO IN DRUŽBENO OKOLJE (z vidikov zdravja in zdravstvenega sistema)

1. Naravno okolje

- Z naravo sodelovati ali ji ukazovati (smo stanovalci planeta ali lastniki ?)
- Ekosistemska problematika okoljsko-podnebne krize (Pariz, 2015)

2. Družbena okolja

Politično: kriza državnštva (iz demokracije v zbirokratizirano avtokracijo), oblikovati pokrajine (decentralizacija upravljanja in diverzifikacija razvoja države, ohraniti razpršenost prebivalstva, ustaviti pretirano urbanizacijo);

Ekonomsko: razvojni preboj (strateške naložbe, zaposlovanje, višja dodana vrednost), zmanjšati absentizem zaposlenih, zdrava prehranska pridelava; zaposlovanje za nedoločen čas; kvaliteta vedno pred kvantiteto;

Demografsko: demografski deficit (nizka rodnost), hitro starajoča družba (sedmi na svetu) in naraščanje zdravstvenih potreb;

Socialno: socialna varnost ljudi je v pristojnosti konkretne države, natančno opredeliti »absolutno (ne relativno) revščino« in »dostojno življenje« v Sloveniji, EU še nima obljubljenega »Evropskega socialnega sporazuma«, naloge Centrov za socialno delo.

C. CILJI DOLGOROČNE ZDRAVSTVENE REFORME

1. **Ohraniti javni sistem zdravstvenega varstva (SZV)**, ki bo zagotavljal vsem zavarovanim osebam nediskriminatorno in uspešno zdravstveno obravnavo kot skupno dobro;
2. **Doseči dolgoročno javno-finančno zdržnost javnega SZV** v okviru dolgoročnega stabilnega odnosa med uspešnostjo gospodarstva in solidarnostjo družbe (skladnost med ekonomsko in socialno politiko države);
3. **Preprečiti (ustaviti) nenadzorovano širjenje zasebne komercialne zdravstvene dejavnosti.**

D. KLJUČNA PODROČJA SPREMINJANJA ZDRAVSTVA

1. Zdravstvena preventiva (zdravje posameznika in skupnosti)

- Dejavniki zdravja: življenjski slog (najpomembnejši), dedni in biološki, zdravo naravno in družbeno okolje, kakovostna javna zdravstvena služba.
- Zavestna izbira zdravega življenjskega sloga (zdravo prehranjevanje in ustrezna fizična aktivnost) je del odgovornosti za lastno življenjsko usodo.
- Zdravstveno vzgojo in strokovno dopustno samozdravljenje v programe vseh šol; živeti po objektivnih človekovih potrebah, ne po (nezdravih) željah.

2. Pravice iz Obveznega zdravstvenega zavarovanja (»košarica« OZZ)

- Kritični pregled obsega in vsebine skupnih zdravstvenih dobrin (storitev in dajatev) iz OZZ glede na civilizacijsko razvitost slovenske družbe sedaj in v načrtovani (a neznani) prihodnosti; dve obvezni košarici (košarica A in B)?
- Skupine zdravstvenih dobrin v OZZ: zdravstvene storitve (vsiljevanje socialnih storitev dolgotrajne in paliativne oskrbe), zdravila in medicinski pripomočki, nezdravstvene storitve, denarne dajatve.
- Dobrine, zavarovane v javnem zdravstvenem zavarovanju, ni dovoljeno zavarovati v zasebnih komercialnih prostovoljnih zavarovanjih (PZZ).

3. Mreža javne zdravstvene službe (javni zdravstveni zavodi in koncesionarji)

- Geografska porazdelitev kadrovske in materialne zmogljivosti, ki zagotavlja bolnikom optimalni fizični dostop in enakopravni dostop do zdravstvene obravnave; za primarno raven bi bila dobrodošla decentralizacija oblasti
- Ravni mreže: **primarna raven** (osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost, ustanoviteljice so občine, je zelo kadrovske deficitarna, čeprav je »temelj zdravstva« - Ljubljanska listina, 1996), **sekundarna raven** (specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost), **terciarna raven** (klinike in instituti); vse ravni naj ustanovi in nadzira država, združevanje različnih ravni v isti zdravstveni organizaciji je lahko problematično (npr. UKC).

4. Zdravstvena dejavnost (delovno intenzivna dejavnost, ne kapitalno intenzivna)

Obolevnost razvitih družb:

- Srce in ožilje, sladkorna bolezen, gibalna in sklepi, demenca,...; verjetna prihodnost (zastupitve z industrijsko pridelavo in predelavo hrane).

Šolanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev:

- Sprejemni izpiti: značaj, raven empatije, ne samo število točk; pogodba o prvi zaposlitvi v Sloveniji najmanj za čas študija in usposabljanja ali vrniti stroške javnemu plačniku (preprečiti »beg možganov«);
- Novi študijski programi (predlog): geriatrija, zdravstveni del dolgotrajne oskrbe, osnove ekonomike zdravstva (zdravstveni menedžment);
- Feminizacija zdravniških poklicev (63 % zdravnic);
- Možnosti intenziviranja in skrajševanja šolanja: čim prej na usposabljanje in delo v ambulanto (»medicina je praksa«).

Zaposlovanje:

- Izvajalci: javni zdravstveni zavodi in zasebniki s koncesijo (to je dovoljenje države za zasebno opravljanje javnih nalog; to je privilegij ne pravica);
- Nova poklica v zdravniškem timu (določiti naloge in odgovornosti): farmacevt svetovalec (farmakovigilanca), zahtevnejše delo diplomiranih medicinskih sester (zdravstvena nega in manj zahtevne zdravstvene obravnave pod nadzorom zdravnika – »zdravniški pomočnik«);
- Organiziranje izvajalcev: natančna sistemizacija delovnih mest zdravstvenih delavcev in drugega osebja ter ustrezne materialne zmogljivosti (pogoji za verodostojne kalkulacije stroškov).

Delovne obremenitve (dnevne, mesečne, letne);

- Večopravilnost: delo v ambulanti, dežurstvo, zdravljenje na domu;
- Izbrani osebni zdravniki: velike razlike med njimi v številu opredeljenih bolnikov zanje (komuniciranje, neposredni stik med zdravnikom in bolnikom je nenadomestljiv);
- Koristi E - medicine: v zdravstvu ne smemo nasesti sodobnemu trendu zmanjševanja neposrednih stikov med ljudmi in človekovi intimnosti;
- Normirano delo: učinkovitost, intenzivnost, uspešnost poklicnega dela;
- Delo zunaj rednega delovnega časa: pri delodajalcu (nadurno delo, delo v samoplačniški ambulanti v režiji delodajalca), pri drugem delodajalcu (soglasje delodajalca ali konkurenčna prepoved);
- Kakovost zdravstvene obravnave: strokovni standardi (maksimalni, optimalni), zadovoljstvo bolnika, gospodarna (po)raba vseh virov;
- Vnašanje novih medicinskih tehnologij v zdravstvene obravnave na račun OZZ: šele po prvih ocenah skladnosti njihove zdravstvene koristi in cene (Cost - Benefit Analysis);
- Nepotrebno delo: »inducirano povpraševanje«, »defenzivna medicina«;
- Možnost sodelovanja s t.i. alternativno medicino (»integrativna medicina«).

Nagrajevanje:

- Celostno nagrajevanje zdravstvenih delavcev znotraj enotnega sistema plač v javnem sektorju: osnovna plača (iz enotnega sistema plač), razumne variable (specifični dodatki k osnovni plači zdravstvenih delavcev zaradi zahtevnosti dela in odgovornosti za rezultate dela v primerjavi z drugimi področji javnega sektorja), stimulacije (preseganje povprečnih rezultatov normiranih delovnih obveznosti – učinkovitost, intenzivnost, uspešnost);
- Prednostno zvišati osebne prejemke zaposlenim v osnovnem zdravstvu;
- Motnje v vrednotenju opravljenega dela: »število opravljenih delovnih ur«, »število narejenih točk«;
- Posledice previsokih prejemkov: »padajoča krivulja ponudbe dela«;

Skrajševanje čakalnih vrst:

- Vzroki: hitro staranje prebivalstva, nove medicinske tehnologije,...
- Model obvladovanja (Zwitter, 2016): participacija bolnikov (največ do 10% cene in letni limit 3% dohodnine preteklega leta), čim več narediti v osnovni zdravstveni dejavnosti (čakanje na

diagnozo je nedopustno), specializacija bolnišnic (vsi ne morejo delati vsega), stimulatивно nagrajevanje zdravstvenih delavcev, sposoben zdravstveni menedžment;

- Možnost izjemne pravice do preskakovanja: skrajševanje bolniške odsotnosti (absentizma) zaposlenih zaradi nenormalno dolgih čakalnih vrst;

Zbornice in združenja:

- Zdravniška zbornica: določati maksimalne (ne minimalne) cene zdravstvenih storitev na »monopolnem zasebnem zdravstvenem trgu«;
- Obravnavanje zdravniških napak v zdravstvenih obravnavah: brez medijskega senzacionalizma, dekriminalizacija napak iz nekrivdnih razlogov (krivdna razloga sta le naklep in velika malomarnost).

5. Profesionalizacija zdravstvenega menedžmenta (upravljanje javnega SZV)

- Analogija s podjetniškim menedžmentom: načrtovanje, organiziranje, vodenje (usklajevanje in usmerjanje nalog v organizaciji), kontroliranje;
- Kdo naj vodi zdravstveno organizacijo: dober zdravnik (poklicno delo) ali dober menedžer (racionalna organiziranost, kakovostno opravljanje vitalnih in podpornih poslovnih nalog, gospodarna poraba razpoložljivih virov), dopustna raven poslovne avtonomije in diskrecijske pravice menedžmenta;
- Pravna ureditev: »zakonodajna sredina« (v dvomu med prenormiranostjo in podnormiranostjo se vedno odločimo za drugo);
- Spreminjanje pravnih predpisov, povezanih s spremembami in dopolnitvami javnega SZV: začetek šele po nespornem družbenem soglasju o vsebini;
- Dobro moramo poznati tudi sekundarne pravne vira EU EU: zlasti direktive (navodila), ki terjajo le harmonizacijo (uglasitev) njihove vsebine z domačim pravnim redom.

6. Dolgoročna javno-finančna zdržnost OZZ

- Obliki javnega zdravstvenega zavarovanja (ZZ) in javnega financiranja tekoče (konzumne) in naložbene (investicijske) dejavnosti:
 - a) obvezno ZZ (Bismarckov model), za tekočo dejavnost - prispevki OZZ, za naložbeno dejavnost - državni proračun, ki ne sme pokrivati izgub izvajalcev v poslovnem obdobju; reševanje izgub (izboljšanje poslovanja, spremembe organiziranosti, privatizacija dobrin) ali trša državna regulacija;
 - b) državna zdravstvena služba (Beveridgev model), za tekočo in naložbeno dejavnost – državni proračun
- Višina prispevkov za OZZ: prevelike razlike med zavezanci za prispevek; brezpogojno plačevanje prispevkov (zavezanec ali subsidiarni plačnik);
- Določanje dopustne javne zdravstvene porabe glede na rast zdravstvenih potreb in vnašanje novih medicinskih tehnologij (dve uskladitvi ponudbe-S izvajalcev in povpraševanja-D javnega plačnika):
 - a) prva uskladitev - dopusten obseg javnih sredstev za javno zdravstveno dejavnost v državi za daljše obdobje ter vrednost obsega in vsebine dobrin v »košarici OZZ«,
 - b) druga uskladitev – vrednost ponudbe zdravstvenih dobrin izvajalcev v mreži v konkretnem poslovnem letu ter ustrezna vrednost povpraševanja javnega plačnika (splošni dogovor med partnerji)

- Pričakovana letna rast zdravstvene porabe v razvitih državah: 1 do 5 %;
- Kalkulacija stroškov izvajalcev: vrednost proizvodnih tvorcev (delo, delovne priprave, material) v delovanju (!), v mirovanju so le izdatki;
- Oblike plačevanja izvajalcev: prospektivne (pavšal, glavarina, lahko tudi letni proračun,...) in retrospektivne (primeri in skupine primerljivih primerov, dnevna socialna-»hotelska« oskrba v bolnišnici, prevozi,...).

Zasebnih zdravstvena poraba (plačljivo neposredno ali prek PZZ)

- Povečevanje (nenadzorovane) zasebne zdravstvene porabe predvsem zaradi predolgega čakanja na zdravstveno obravnavo na račun OZZ, ocena zasebne porabe je nekaj sto tisoč €;
- Oblike PZZ (zasebna pridobitna zdravstvena zavarovanja);
 - a) nadomestno (substitutivno): osebna zamenjava OZZ za PZZ, na Nizozemskem po zakonu (bogatejši), v Nemčiji prostovoljno;
 - b) dodatno (suplementarno): za zdravstvene dobrine, ki jih ni v OZZ, nadstandardno zasebno zavarovanje, koristno dodatno zavarovanje zdravstvenih tveganj posameznika;
 - c) dopolnilno (komplementarno): doplačila za zdravstvene dobrine, ki v zdravstveni obravnavi presegajo standarde obravnave na račun OZZ;
 - d) vzporedno (paralelno): sočasno za zdravstvene dobrine, ki so že v OZZ (takšno zavarovanje je prepovedano);
- Problematika obveznega neposrednega (!) doplačila konkretnega koristnika zdravstvenih dobrin iz OZZ (participacija, angl. copayment): sodi v OZZ in se ne sme »tržno« prostovoljno zavarovati; je zelo nizko in plačevanje ni problematično, namen ni le sofinanciranje OZZ, pač pa tudi zavedanje, da javne zdravstvene dobrine »niso zastoj« (preveč nepotrebnih obiskov)

Dopolnilno PZZ v Sloveniji (zavarovanje participacije): nerazumljiva oblika pridobitnega javno-zasebnega zdravstvenega zavarovanja večine prebivalstva (ni aktuarja, premije so enake), »zavarovalniški spaček«.

- Možne spremembe: ponovno uvesti participacijo, (drugo - vrniti ga ZZZS, ukiniti in nov javni prispevek za OZZ).

Razmislek o javnem financiranju sistemov socialne varnosti v prihodnosti (pokojnine, zdravstvo, socialno varstvo): če želi Slovenija v prihodnosti dohiti civilizacijsko razvitejšo državo, se bo morala slej ko prej odločiti za razvojni preboj, ki bo terjal zelo veliko javnega denarja; če bo ogrožena javno-finančna zdržnost, bodo morda ljudje, ob hitrem naraščanju zdravstvenih potreb, prisiljeni povečati osebno porabo za spodobno življenje in dobro zdravje (varčevanje za starost, tretji pokojninski steber); možne spremembe v sestavi proizvodnih tvorcev (število zaposleni, roboti, umetna inteligenca) in število zavezancev za prispevek OZZ.

Dr. Marjan Česen, Kranj, 28.1.2021