

Dokument o stališčih komisije

Februar 2024



AmCham Slovenia

**KOMISIJA ZA
ZDRAVSTVO IN
KAKOVOST BIVANJA**

Kazalo

UVOD

1. Pozitivni in dolgoročni učinki večje dostopnosti do zdravstvenih storitev z uporabo digitalnih tehnologij	5
2. Osredotočenost na bolnika in rezultat zdravljenja kot glavna motivacija uvajanja na vrednosti temelječega zdravstva	7
3. Javno-zasebno partnerstvo lahko pomaga pri obnovi in financiranju sodobnih bolnišničnih zmogljivosti in opreme ter dosegljivosti sodobnih terapevtskih tehnologij.....	9
4. Samoplačništvo ne spodbuja solidarnosti, prostovoljna zavarovanja so pomembna rešitev za financiranje zdravstvenega sistema	11
5. Ciljno vodenje v zdravstvu.....	13

Uvod

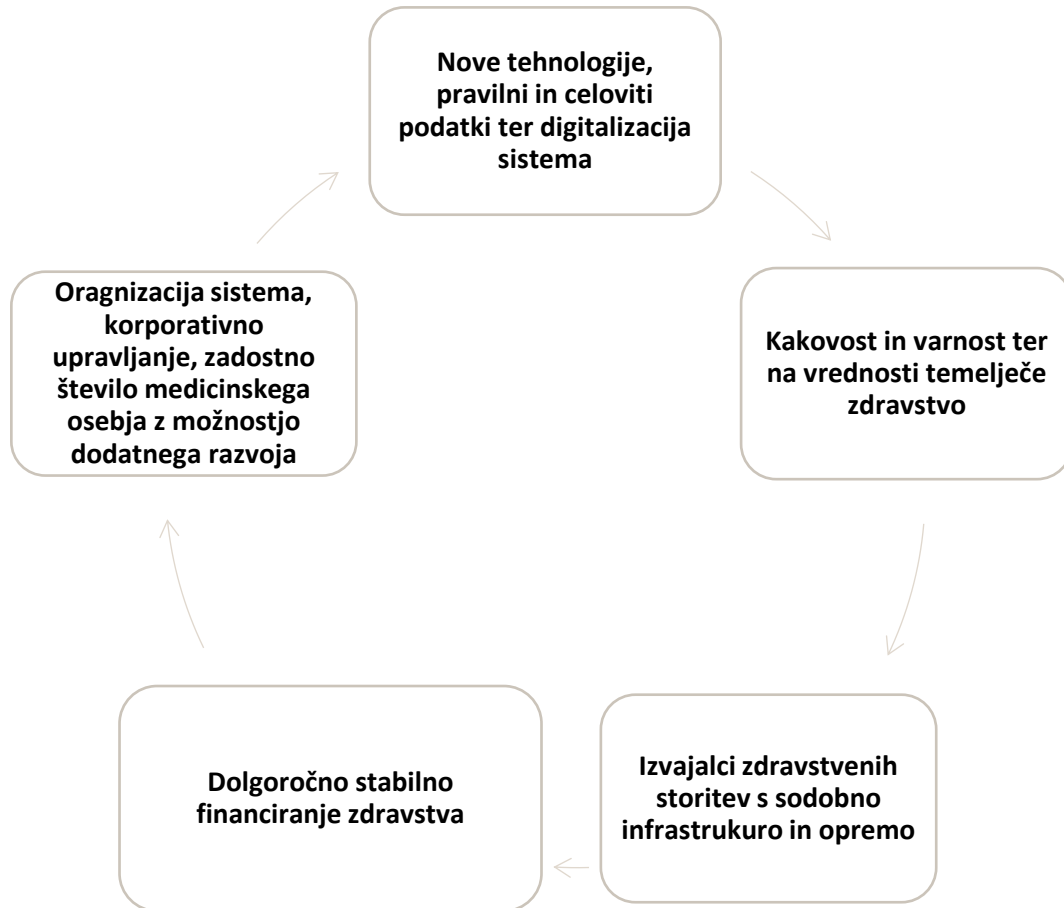
AmCham Komisija za zdravstvo in kakovost bivanja (v nadaljevanju: Komisija za zdravstvo), ki deluje od leta 2015, vključuje več kot 60 strokovnjakov, predstavnikov slovenskih in mednarodnih podjetij. S svojim znanjem in konkretnimi rešitvami želimo proaktivno prispevati k večji in boljši dostopnosti zdravstvenih storitev.

Že od leta 2015 se člani Komisije za zdravstvo zavzemamo za rešitve, ki posameznika postavljajo v središče obravnave in mu zagotavljajo koordinirano in celovito oskrbo, ki temelji na relevantnih in usklajenih kliničnih podatkih. Zavedamo se, da je zdravstvo regulirana **gospodarska panoga**, **in podpiramo:**

- **javno zdravstvo**, ki vključuje mrežo izvajalcev v državnih, koncesionarskih in zasebnih zdravstvenih ustanovah, ki so uveljavljena oblika javno-zasebnega partnerstva,
- nadaljevanje razprave o **spremembi mreže javnih bolnišnic**, in sicer s predlogom specializacije regionalnih bolnišnic in uvajanjem t. i. specialističnih bolnišnic,
- **avtonomno vodenje bolnišnic** in uvajanje pravnoorganizacijskih sprememb, ki omogočajo korporativno upravljanje in sodobno vodenje bolnišnic z jasno odgovornostjo in pooblastili,
- **ureditev**, ki bo zagotavljala **dolgoročno finančno stabilnost**,
- skupaj s predlogi o ozaveščanju državljanov glede varovanja zdravja poudarjamo pomen **ureditve financiranja zdravstva z ukrepi, ki ne povečujejo obremenitev gospodarstva in posledično zmanjšujejo konkurenčnost**,
- na vrednosti temelječe zdravstvo z hitrim vključevanjem v inovativne postopke diagnostike, terapevtske procese in zdravljenje,
- **dostopnost posameznikov** do učinkovite **primarne ravni zdravstvenega sistema**,
- **digitalizacijo** zdravstvenega sistema,
- **regulirano konkurenčnost** na trgu ponudbe storitev in zavarovanj.

Slovenija se spoprijema s skrb vzbujajočim demografskim stanjem. To bo vplivalo na slovensko konkurenčnost in strukturo BDP, ki je ključni vir za financiranje zdravstva po zdajšnji ureditvi. Spremembe morajo biti premišljene in jih je treba sprejeti v sodelovanju in dialogu z vsemi deležniki. V Komisiji za zdravstvo se predano zavzemamo za **konstruktiven dialog** in si želimo, da bo zdravstveni sistem za vse državljanke Slovenije dostopen, učinkovit in kakovosten.

Učinkovitost zdravstvenega sistema temelji na 5 stebrih:



1. Pozitivni in dolgoročni učinki na zdravstveni sistem z uporabo digitalnih tehnologij

V digitalni dobi je digitalizacija procesov in pomembnost kakovostnih podatkov ter njihove uporabe izjemnega pomena in lahko pomembno vpliva na kakovost zdravstvenega sistema.

Telemedicina je doprinesla k dostopnosti, povečani učinkovitosti diagnosticiranja in zdravljenja ter drugačnemu in novemu načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in bolniki. Uporaba digitalnih tehnologij v zdravstvu spada med strateške prioritete EU¹ in SZO². Področje je bilo prepoznano kot ključno za razvoj javnega zdravstva.

Bolniki s kroničnimi boleznimi so posebej ranljivi. Zaradi vedno težje dostopnosti do zdravstvenih storitev in omejenih zmogljivosti zdravstva trpijo ob napredovanju svoje kronične bolezni. Posledica so lahko zapleti ali celo prezgodnja smrt. Zagotovitev financiranja telemedicinske obravnave kroničnih bolezni bi kroničnim bolnikom omogočila takojšnjo dostopnost do zdravstvenih storitev in učinkovito vodenje njihove bolezni.

V slovenskem tehnološko-inovativnem okolju je veliko znanja. Predlagamo vzpostavitev pilotnega projekta digitalne bolnišnice. Z na novo vzpostavljenimi ali prenovljenimi procesi in uporabo najnovejše digitalne informacijske tehnologije bi zagotovili povečanje učinkovitosti in kakovosti z boljšo uporabo vseh virov obravnave bolnika. Digitalna bolnišnica kot pilotni projekt bi omogočala postopno, a načrtno uvajanje širokega znanja. Omogočala bi tudi učenje in izobraževanje kadrov, integracijo vseh sistemov e-zdravja, ki zagotavljajo informacije s spletnimi orodji, boljše upravljanje bolezni, oddaljeno spremljanje in nadzor ter storitve telemedicine. S tem bi se povečal doseg omejenih zdravstvenih virov in interdisciplinarnega znanja ustanove. S hitrejšo in varnejšo obravnavo bolnikov bi povečali zmogljivosti, z učinkovitejšimi procesi pa bi ohranjali nadzor nad stroški. Upravljanje in vodenje pilotne bolnišnice bi bila zelo pregledna ter stroškovno in kakovostno učinkovitejša. V ta kompleksni ekosistem z več sto kliničnimi in poslovnimi procesi se z ustrezno integracijo procesov tako združijo bolniki, klinično osebje, vodstvo, viri in informacije, kar omogoča ustrezno, pravočasno in optimalno oskrbo.

Vlada, Ministrstvo za zdravje, NIJZ, vodstva zdravstvenih organizacij se naj zavzamejo za nadgradnjo sistema e-Zdravje z uvedbo programov za pomoč pri uvajanju, spremljanju in merjenju kakovosti in varnosti, prikazovanje uspešnosti splošni javnosti, kliničnim raziskavam in raziskavam izvajanja zdravstvene dejavnosti in kliničnega izobraževanja.

Primer projekta:

Pilotni projekt digitalne bolnišnice in pripravo na ta projekt bi morali izpeljati v več fazah. Začetna faza je zagotovo povezana s prenovo delovnih procesov. Digitalizacija omogoča optimizacijo, spremenjen način dela ter nadgradnjo nekaterih administrativnih in diagnostičnih procesov. Sledili bi prenova programske opreme in sodobna računalniška oprema. Digitalizacija procesov ne sme biti dodatno delo, ampak razbremenitev, ki omogoči dodaten čas za obravnavo bolnika. Zato je ključno usposabljanje zaposlenih za digitalizirane procese. Dolgoročni in pozitivni učinki vzpostavitve pilotne digitalne bolnišnice so:

1. sprejeti standardi in operabilnost bolnišnice, kar omogoči obširne izboljšave pri zdravstvenem dostopu, **kakovosti, varnosti in trajnosti zdravstvenih podatkov** ob učinkovitejši in **kakovostnejši oskrbi bolnikov**;
2. povečanje zadovoljstva bolnikov, zdravstvenega osebja in izvajalcev zdravstvenih storitev;
3. **zmanjšanje števila medicinskih napak**;
4. zmanjšanje števila **hospitalizacij in ponovnih hospitalizacij**;

¹ eHealth – Technology for health - Think Tank (europa.eu).

² Thirteenth General Programme of Work (GPW13) Methods for impact measurement (who.int).

5. **avtomatiziranje kliničnih in administrativnih procesov** za izboljšanje medsebojnih izmenjav in sodelovanja. Procesi morajo združiti bolnike, zdravstveno osebje ter vire in informacije v bolnišnicah (npr. enotni elektronski zdravstveni karton);
6. doseganje prilagodljive in **povezujoče uporabe informacijske tehnologije** kot temeljnega gradnika v zahtevah po večji interoperabilnosti, varnosti, **dostopnosti, produktivnosti in fleksibilnosti v oskrbi bolnika**;
7. z uporabnikom prijaznimi in preprostimi rešitvami se omogoči hitrejši in lažji prehod na nove tehnologije za zdravstvene strokovnjake. Določita se **vloga in odgovornost vodstva** pri usklajevanju in sodelovanju vseh vključenih deležnikov (bolnišnica, skupnost, partnerji), procesov, tehnologije in arhitekture digitalne bolnice;
8. poveča se **operativna učinkovitost** in **zmanjšajo se kapitalski izdatki** v zdravstvenem sistemu;
9. bolniki imajo dostop do svojih zdravstvenih podatkov (npr. prek mobilnih naprav/tablic) s potrebnimi nasveti za hitrejšo ozdravitev.

Pilotna bolnišnica bi bila lahko osnova za nadaljnjo uvedbo v sistemu, seveda pa je potrebno razumeti njeno uspešnost.

2. Osredotočenost na posameznika in rezultat zdravljenja kot glavna motivacija uvajanja na vrednosti temelječega zdravstva

Sistemi zdravstvenega varstva se soočajo z izzivi demografije, z nevzdržno rastjo stroškov, z različnimi izidi zdravljenja ter vpeljavo kazalnikov kakovosti in varnosti. Tradicionalno je bila zdravstvena oskrba opravljena in plačana večinoma na podlagi splošnega dogovora o številu opravljenih storitev, pri čemer izvajalci zdravstvenih storitev prejema plačilo za opravljene storitve ali opravljene postopke po neekonomski ceni. Na ta način medicinske intervencije in terapije bolnikom ne prinašajo nujno najbolj koristnih izidov.

Glavni razlogi za spremembe v smeri na vrednosti temelječega zdravstva so:

- pomanjkanje korelacije med porabo za zdravstveno oskrbo in izidi zdravljenja, ki vključujejo pomemben vidik vrednosti za bolnika v času zdravljenja in po njem,
- nestandardizirano spremljanje izidov zdravljenja,
- zaostajanje pri dostopnosti sodobnih terapij in inovativnih zdravil v primerjavi z drugimi evropskimi državami,
- neučinkovitost tradicionalnih modelov zdravstvene oskrbe,
- nevzdržno visoki stroški zdravstvenega sistema.

Cilj zdravstvene oskrbe se mora premakniti iz osredotočenosti na zdravljenje bolezni na dejansko reševanje bolnikovih potreb in preventivo. **Plačila za opravljene storitve bi morala temeljiti na izidih zdravljenja, ki so pomembni za bolnika, ne na količini opravljenih zdravstvenih storitev.** Na vrednosti temelječe zdravstvo je opredeljeno kot pristop k zagotavljanju zdravstvene oskrbe, ki se osredotoča na tiste izide zdravljenja, ki so dejansko najpomembnejši za bolnika v celotnem ciklu zdravstvene oskrbe. Hkrati optimizira porabo virov in stroškov, povezanih z zagotavljanjem zdravstvene oskrbe.³ Očitno izboljšanje rezultatov za bolnike pomeni spodbujanje mehanizmov, ki omogočajo spremembe za ponovni premislek o načinih izvajanja in zagotavljanja zdravstvene oskrbe. Če je na vrednosti temelječe zdravstvo izvedeno na pravilen način, koristi tako bolnikom kot tudi pripomore k optimizaciji delovanja in stroškov zdravstvenega sistema in drugih javnofinančnih podsistemov. **Osredotočenost na izid zdravljenja mora biti glavno gonilo v na vrednosti temelječem zdravstvu.**

Stroški morajo zajemati celotno porabo, vezano na zagotavljanje zdravstvene oskrbe: vse neposredne stroške, vezane na obravnavo bolnika, in porabo sredstev, vezanih na oskrbo pred dejanskim začetkom zdravljenja in po njem. Z izboljšanimi izidi zdravljenja, ki jih omogoča na vrednosti temelječ model zdravstva, lahko zmanjšujemo tudi potrebo po dodatni zdravstveni oskrbi. S povečanjem personalizirane oskrbe bi lahko pravočasno opredelili pravo zdravljenje za zadevnega bolnika, kar omogoča učinkovitejše zdravljenje.

Del osredotočenosti na posameznika je tudi konstantno preverjanje kakovosti storitev in varnosti posameznika pri izvajalcu. Zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstva temelji na sodelovanju strokovnjakov z multidisciplinarnimi znanji, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev z bolniki. S tem ob dokazljivih izidih in izidih zdravljenja dosežemo strokovno preverljivo in učinkovito obravnavo. Kakovostno in varno zdravstveno oskrbo ob dobro oblikovanih procesih zdravstvene obravnave tvorijo ljudje. Za razvojno spremljanje kakovosti in varnosti je ključna enakovredna vključenost strateško pomembnih partnerjev v zdravstvu, tj. bolnikov in njihovih svojcev, izvajalcev, vlade in plačnikov ob ustrezno porazdeljenih odgovornostih. V sistemu je treba zadovoljiti pričakovanja bolnikov, družbe in izvajalcev zdravstvenih storitev. Na vseh ravneh izvajanja zdravstvene obravnave je treba sistem upravljanja kakovosti in varnosti snovati usklajeno. Za uspeh izboljševanja

³ Pomembno je, da na vrednosti temelječega zdravstva ne enačimo s preprostim zniževanjem stroškov zdravstvene oskrbe ali z ukrepi, vezanimi na zagotavljanje kakovosti, ki temeljijo izključno na izboljšanju kliničnih izidov zdravljenja.

kakovosti in varnosti so ključni neposredni izvajalci, tj. medicinsko osebje. Deležniki v zdravstvenem varstvu morajo tesno in trajno sodelovati pri vzpostavljanju in vzdrževanju sistemov izboljševanja kakovosti obravnave in varnosti bolnikov.

Čeprav so v slovenskem zdravstvenem sistemu ponekod že vpeljani specifični kazalniki kakovosti (npr. merjenje kakovosti predpisovanja zdravil pri zdravnikih družinske medicine), merjenje uspešnosti izvajalcev zdravstvenih storitev na podlagi izbranih kazalnikov uspešnosti (angl. Key Performance Indicators, KPI) in kazalnikov merjenja kakovosti (angl. Quality Indicators, QI) opravljenih storitev še ni zaživelo. Sistem kazalnikov uspešnosti sestavljajo trije sistemi:

- 1) sistem za integracijo podatkov,
- 2) sistem za čiščenje podatkov,
- 3) sistem za prikazovanje in analizo podatkov.

Podatki in analize uspešnosti posameznih izvajalcev so ključni za odločevalce in vodstvo v zdravstvenem sistemu ter, seveda, za plačnike zdravstvenih storitev. Kazalniki kakovosti so ključni tudi za paciente, saj bi se na podlagi teh lahko bolje odločali, komu bodo zaupali svoje zdravje. Izsledki analiz kazalnikov kakovosti bi torej morali biti dostopni vsakomur. Mnogi rezultati analiz kazalnikov kakovosti zdravstvenih storitev so odvisni od frekvence izvajanja (npr. število opravljenih operacij na leto), torej od kompetenc in izurjenosti zdravnikov in preostalega osebja.

Ključna prednostna naloga evropske regulatorne mreže za zdravila in farmacevtske industrije ter pomembna usmeritev EU je dostopnost zdravil. Letošnja ponovitev raziskave Patients W.A.I.T. (Čakanje na dostop do inovativnih terapij) je na podlagi večih indikatorjev pokazala, da bi morala biti Slovenija bistveno bolj ambiciozna pri dostopnosti do sodobnih terapij in inovativnih zdravil. Podatki namreč kažejo, da je v Sloveniji dostopnih manj kot 50 % vseh zdravil, ki so bila v zadnjih treh letih registrirana s strani EMA (v Nemčiji je ta odstotek 96 %), in da traja v Sloveniji kar 577 dni, da se novo zdravilo uvrsti na listo (v Nemčiji 132 dni), kar Slovenijo definira kot »second wave country«.

Hitra dostopnost do inovativnih zdravil je ključno orodje za boj proti dolgotrajnim kroničnim boleznim in podaljševanju bolniškega staleža, ki posredno izčrpavajo tudi gospodarski sistem. Predlagamo, da se s poenostavitvijo administrativnih postopkov in hitrejšo dostopnostjo do zdravil omogoči sodobna inovativna zdravljenja vsem državljanom, saj s temi koraki, ki ne predstavljajo velikih ukrepov, naredimo veliko za celotno družbo na dolgi rok.

Predlagane rešitve:

1. podpiramo **proaktivnost Ministrstva za zdravje RS**, da z vsemi deležniki (pacienti, ponudniki zdravstvene oskrbe, plačniki, odločevalci in dobavitelji) v zdravstvenem sistemu **začne skupaj delovati za uvedbo na vrednosti temelječega zdravstva**;
2. podpiramo **vzpostavitev organa za upravljanje in podporo spremljanja in razvoja kakovosti** in varnosti v zdravstvenem sistemu;
3. **podpiramo uvedbo kazalnikov uspešnosti in kazalnikov kakovosti**, ki bi morali postati podlaga in eno od meril plačevanja izvajalcev zdravstvenih storitev. Za kakovostno analizo so potrebni podatki iz različnih virov; to so enotni elektronski zdravstveni karton, slike (rentgen, CT itd.), finančni podatki, napotnice, odpustna pisma, recepti itd.;
4. **predlagamo sistem, ki bi integriral kazalnike uspešnosti naslednjih skupin podatkov**⁴:
 - analiza kliničnih podatkov glede na kazalnike kakovosti (uspešnost kirurških posegov, zdravljenje kroničnih bolezni, uspešnost rabe izbranih zdravil itd.),
 - analiza finančne učinkovitosti,
 - analiza operativne učinkovitosti (zasedenost postelj, učinkovitost osebja, učinkovitost laboratorijev itd.),
 - spremljanje skladnosti z veljavno zakonodajo.
5. **predlagamo hitrejšo in učinkovitejšo vključevanje novih inovativnih zdravil in zdravstvenih rešitev** v slovenski sistem zdravstva za učinkovitejšo obravnavo bolnikov in s tem njihovo hitrejšo vključevanje nazaj v aktivno življenje ter optimizacijo porabljenih sredstev.

⁴ Vir: Študija Inštituta za ekonomska raziskovanja (<http://www.zav-zdruzenje.si/zdravstvena-reforma/>).

3. Javno-zasebno partnerstvo lahko pomaga pri obnovi in financiranju zdravstvenih zmogljivostih in opreme ter dosegljivosti sodobnih zdravstvenih storitev

Javno-zasebno partnerstvo (v nadaljevanju: JZP) je poslovni model, sklenjen med javnim zdravstvenim zavodom in zasebnim podjetjem, ki omogoča izvedbo naložbe v javni zdravstveni sistem. Model obravnava načrtovanje, gradnjo, financiranje in upravljanje zdravstvenega projekta. Običajno je to naložba v zdravstveno infrastrukturo, kot je na primer bolnišnica ali napredna medicinska oprema. Ključna prednost modela JZP je optimalna razdelitev tveganj projekta med javnim in zasebnim partnerjem, in sicer tako, da vsak partner prevzema tisti del tveganj, ki jih bolje obvladuje.

Obvladovanje tveganj v tem kontekstu: sodobni načini zdravljenja pacientov vključujejo vedno več interdisciplinarnih znanj. Poleg obsežnega medicinskega znanja je treba čedalje bolj poznati tudi komplementarne znanosti s področja naravoslovja, inženiringa, tehnike in humanističnih ved. Ker je razvoj medicinske obravnave povezan z velikimi finančnimi vlaganji, postajajo pomembna tudi znanja o poslovanju in upravljanju naložb ter izkušnje pri uporabi naprednih poslovnih praks. Ta zelo široka paleta interdisciplinarnih znanj in izkušenj se težko zagotavlja v okviru zdajšnjih kolektivov zdravstvenih institucij, zato je poslovni model JZP primeren način, da se napredne izkušnje medicinskega zdravljenja združijo z učinkovitimi metodami poslovnega upravljanja.

Smiselno je, da zasebni partner prispeva izkušnje s področja upravljanja naložb – načrtovanje, gradnja, upravljanje in financiranje zdravstvene infrastrukture –, javni partner pa poskrbi za celovito zdravljenje bolnikov na najvišji strokovni ravni.

Izkušnje iz tujine kažejo, da so projekti JZP prav zaradi ustrezne porazdelitve tveganj med partnerji in širše uporabe raznih strokovnih znanj uspešnejši. Ti projekti so bolj razvojno naravnani, vključujejo naprednejše metode zdravljenja in so stroškovno učinkovitejši. Model JZP ponuja tako finančne kot nefinančne prednosti javnemu sektorju, saj zasebna podjetja zaradi lažjega dostopa do virov financiranja omogočajo hitrejši dostop do naprednih tehnologij.

Gradnja zdravstvene infrastrukture je finančno zelo zahtevna, stroka hitro napreduje, zato so tehnične novosti in potrebe stalnica, ki jim javni zdravstveni sistem težko sledi. Vlado službe, bolnišnice in javnost se zavedajo, da je treba slovenskemu bolniku ponuditi najboljšo razpoložljivo tehnologijo, ki bo prispevala k učinkovitejšemu zdravljenju (na vrednosti temelječem zdravljenju), ob hkratnem zavedanju, kako zelo učinkovito in skrbno je treba ravnati z denarjem v zdravstveni blagajni. Prav model JZP lahko reši to dilemo, saj združuje interese javnega zdravstva, bolnikov in odgovornih zasebnih podjetij.

Predlagane rešitve:

1. priprava **programa izobraževanja o modelu JZP** ter o prednostih in slabostih za ključne odločevalce v javnem zdravstvu (direktorji bolnišnic, zavodov, agencij ...). Zelo jasno je treba vzpostaviti ločnico in razlikovanje med javnimi naročili in JZP;
2. podpora **pilotnega projekta z uporabo modela JZP** za gradnjo enega zdravstvenega projekta:
 - pri pripravi pilotnega projekta je treba vzpostaviti ustrezno strokovno posvetovalno skupino, ki jo bodo za spremljanje razvoja projekta sestavljali predstavniki strokovne javnosti, ključnih nevladnih organizacij, oblasti in gospodarstva;

3. priprava nabora **potencialnih zdravstvenih projektov**, ki se lahko izvedejo po modelu JZP v Sloveniji. Za projekte, vrednejše od 10 milijonov EUR, je treba uvesti obvezno izvajanje testa JZP – to pomeni, da bi morali za večje projekte narediti razmislek o možnosti in izvedljivosti – ter, seveda, v primeru potrditve iskati vlagatelja, da se ne porabljajo sredstva proračuna RS niti druga sredstva (EU nepovratna, kohezijska sredstva ipd.);
4. vzpostavitev in priprava seznama slovenskih zasebnih podjetij, ki so zainteresirana, da bi **sodelovala pri posodobitvi** slovenske zdravstvene infrastrukture z uporabo modela JZP;
5. Izvedba pilotnega projekta javno-zasebnega partnerstva pri upravljanju ene od regionalnih bolnišnič.

4. Prostovoljna zavarovanja so pomembna rešitev za financiranje zdravstvenega sistema

Reforma financiranja sistema javnega zdravstva v Republiki Sloveniji je nujno potrebna prednostna naloga, saj je z njo povezana dostopnost zdravstva. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-T), ki namesto dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja uvaja obvezni zdravstveni prispevek, ni prava smer za reformo zdravstvenega sistema. Sredstva iz obveznega zavarovanja in obveznega zdravstvenega prispevka ne zadostujejo za kritje zdravstvenih odhodkov, zato zakon predvideva kritje razlike iz državnega proračuna. Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj in Evropska komisija poudarjata nujnost finančne vzdržnosti javnega zdravstvenega sistema in Slovenijo opozarjata, da javnega zdravstva brez dodatnih finančnih virov in sprememb na strani izdatkov ne bo več mogoče dolgoročno in stabilno vzdrževati. Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja in vladam svetuje, naj se ob zdravstvenih reformah nujno povežejo z neinstitucionalnimi partnerji in zavarovalnicami ter skupaj z njimi oblikujejo trajnostne rešitve. Vprašanj financiranja zdravstvenega sistema z vidika demografskih trendov, povečevanja števila kroničnih bolnikov, razvoja medicinske in farmacevtske znanosti, povečanja ozaveščenosti in zahtevnosti prebivalstva ter vse večjih možnosti zdravljenja raznih bolezenskih stanj in s tem povezane rasti stroškov ne moremo reševati z odpravo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in nadomeščanjem izpada teh sredstev z novimi dajatvami ali davki.

Pomembna usmeritev Evropske Unije na področju zdravja je cilj, da vsaka država članica nameni vsaj 10 % BDP za področje zdravstva. 8,3 % BDP, ki smo ga v Sloveniji v letu 2022 namenili zdravstvu, se je financiralo iz javnih in zasebnih virov. Od tega je bilo 72 % teh sredstev javnih, pridobljenih predvsem iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje krije širok nabor storitev, a hkrati za zelo ozek nabor zdravstvenih storitev krije 100-odstotno ceno. To pomeni, da moramo večino zdravstvenih storitev doplačati, in v Sloveniji smo zato razvili sistem dopolnilnega zavarovanja, v katerega je vključenih 95 % vseh, ki plačujejo obvezno zdravstveno zavarovanje. S tem zavarovanjem krijemo doplačila, ki predstavljajo od 10 % pa vse do 90 % cene zdravstvene storitve, ki je pravica iz osebnega zdravstvenega zavarovanja. Zaradi demografskega stanja, naraščajočega bremena kroničnih bolezni, bolezni življenjskega sloga in hitrega tehnološkega napredka v zdravstvu lahko pričakujemo več izdatkov za zdravstvo. Skrb vzbuja tudi neustrezno obvladovanje bolezni, kar povzroča ne samo neposredne zdravstvene stroške, ampak tudi posredne stroške zaradi izgube produktivnosti zaradi absentizma, prezentizma, nege bolnikov s strani družinskih članov, izstopa bolnikov s trga dela in njihovega zgodnjega upokojevanja ter prezgodnje smrti. Samo odprava dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zato ni rešitev. Zaradi omejenosti BDP je treba sistem sistemsko reformirati.

Podpiramo spremembo financiranja javnega zdravstvenega sistema na način, da se poleg BDP poiščejo tudi drugi viri, kar se zagotovi z oblikovanjem različno financiranih košaric pravic. Predlagamo, da se obstoječe zdravstvene pravice razdeli v več košaric pravic: košarica 1 se financira iz obstoječega obveznega zdravstvenega zavarovanja, košarica 2 iz pogodbenega zavarovanja pri zavarovalnicah, košarica 3 pa iz proračuna. Odločitev, katere storitve vključiti v posamezno košarico, mora biti sprejeta na podlagi verodostojnih makroekonomskih študij in analiz. Dodatne obremenitve delovno aktivne populacije, ki je je in bo s primanjkljajem rodnosti manj, niso dobre za prihodnje generacije. Kot je pokazala študija Inštituta za ekonomska raziskovanja, bo na primer odprava dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in prenos na obvezno zdravstveno zavarovanje pomembno zmanjšala vzdržnost financiranja zdravstvenega sistema in povzročila resen finančni primanjkljaj v zdravstvenem sistemu. Pokrivanje primanjkljaja iz proračuna ni ustrezna rešitev. Namreč, vsaka večja obremenitev aktivne populacije zmanjša tudi konkurenčnost slovenskega gospodarstva, kar ima izrazite in dolgoročne multiplikativne posledice. Dodatno obremenitev zato pomeni tudi sprejeti Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki določa naslednje prispevke – dodatne obremenitve: 1 % bruto plače prispeva delojemalec, 1 % delodajalec od bruto plače in 1 % od posameznikove odmerjene bruto pokojnine. Kljub temu se ocenjuje, da naj bi po ocenah manjkajočih 190 mio EUR nekaj let pokrival proračun.

S preišljeno uvedbo novih oblik financiranja zdravstva, ki niso davki, bi solidarnost v veliki večini ohranili. S sistemskimi rešitvami in uvedbo različnih oblik individualnega in kolektivnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pa bi razbremenili tudi ljudi. Namreč, skrb vzbujajoča porast samoplačništva, ki vzpostavlja vzporedno tržno zdravstvo, na dolgi rok pomeni, da bi si zdravstveno storitev lahko privoščili le tisti, ki jo lahko plačajo.

Predlagane rešitve:

1. **prostovoljna individualna in kolektivna zdravstvena zavarovanja in zavarovanja za dolgotrajno oskrbo;**
2. po zgledu pokojninskih zavarovanj podpiramo **davčno olajšavo za kolektivna zdravstvena zavarovanja in kolektivna zavarovanja za dolgotrajno oskrbo**. Prednosti je več: zavarovanja bi tako ustrezala potrebam aktivno zaposlenih ljudi, v takšna zavarovanja bi delodajalci vključili celotne kolektive ali vse zaposlene in zelo pomembno: z davčno spodbudo bi pomagali delodajalcem pri obvladovanju absentizma ter hitrejši ozdravitvi in ponovni vključitvi v delo in aktivno življenje vseh zaposlenih;
3. vsi deležniki, ki v zdravstvenem sistemu delujejo in ga soustvarjajo, naj bodo **vključeni v dialog** ob njegovi spremembi. Zdravstvena reforma zahteva **kompleksna interdisciplinarna znanja**, ki presegajo regulatorje. Pandemija je na zelo disruptiven način pokazala njegovo ranljivost;
4. podpiramo **izvajanje javnega programa pri izvajalcih** ne glede na lastništvo. Izvajajo ga lahko izvajalci v državni lasti (javno), izvajalci iz zasebnega sektorja (koncesionar) ali zasebni izvajalci, ki niso vključeni v javno mrežo izvajalcev. Ne glede na lastništvo vsi izvedejo javni program, ki ga določita ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje. S tem so tudi zasebniki izvajalci, ki izvajajo javni program in so del javnega zdravstva. S tem izboljšujemo tako preglednost plačil, pri čemer denar sledi pacientu, kot tudi dostopnost do zdravstvenih storitev;
5. del dolgoročno vzdržnega zdravstvenega sistema je **določitev zdravstvene košarice in opredelitev virov njenega financiranja**. Zaradi naraščajočih potreb in obsega razpoložljivih sredstev je potrebno obdobjo prilagajanje obsega zagotovljene košarice, sicer le-ta obstaja zgolj kot papirna kategorija. V obvezno zdravstveno zavarovanje spadajo predvsem tiste zdravstvene storitve, ki jih družba zavarovancem ponuja kot osnovni standard zdravstvene oskrbe;
6. pomembno vlogo ima tudi **spodbujanje državljanov k odgovornosti za lastno zdravje v povezavi s preventivnimi programi**: 90 % prezgodnjih smrti v EU je posledica slabe sistemske skrbi na področju preventivnih dejavnosti, zato je nujno, da se vzpostavijo učinkoviti javnozdravstveni pristopi, ki spodbujajo zmanjševanje škodljivosti in promovirajo bolj zdrav življenjski slog. Pri tem se zavedamo, da so ukrepi zmanjševanja škodljivosti ključnega pomena, saj spodbujajo uporabo alternativnih, znanstveno dokazanih pristopov ali alternativnih izdelkov, ki nadomeščajo škodljive navade. Načelo zmanjševanja škodljivosti, znano tudi kot princip *harm reduction*, v nekaterih državah v EU uspešno deluje na področju obvladovanja neprenosljivih kroničnih bolezni, kot so sladkorna bolezen, kajenje in pretirano izpostavljanje soncu. Ta pristop ne zagovarja le odprave škodljivih navad, temveč tudi njihovo zmanjševanje in nadomestitev z manj tveganimi možnostmi.
Z vidika pomanjkljive sistemske skrbi za zdrav življenjski slog je tudi podaljšanje kritja bolniških nadomestil v breme delodajalca na 30 dni težko sprejemljivo za vse predstavnike gospodarstva. Takšen ukrep vodi do dodatnih finančnih bremen za gospodarstvo, kar ni vzdržno, ob tem, da se sistemsko s preventivo na državnem nivoju ne ukvarjamo v okviru zdravstvenega sistema. Pomembno je vzpostaviti aktivni dialog med državo, delodajalci in državljani ter skupaj iskati rešitve, ki bodo spodbujale odgovoren odnos do zdravja. Znanstveno utemeljeni pristopi, ki vključujejo preventivne programe, zmanjševanje škodljivosti in princip *harm reduction*, so ključni za gradnjo bolj zdrave in trajnostno naravnane družbe.
7. **dolgoročno financiranje sistema dolgotrajne oskrbe**, in sicer s kombinacijo javnih in zasebnih sredstev, ki se zbirajo preko zavarovanj, ki jih izvajajo zavarovalnice.

5. Izzivi vodenja v zdravstvu

Izziv vodenja in upravljanja javnih zdravstvenih zavodov je pravna ureditev sistema, ki ne omogoča uvajanja sodobnih poslovnih modelov. Formalnopravna ureditev, pogojena s statusom javnega zavoda, je toga in ni primerna za izzive sodobne družbe in potrebe. Trenutno stanje onemogoča polno iniciativnost, prožnost, zaposlovanje kadrov, prilagajanje posamezne organizacije in spremembe, pogojene z lokalnimi značilnostmi in napovedovanjem trendov v zvezi z zdravjem prebivalstva. Predvsem pa ne omogoča nagrajevanja in motiviranosti tako vodstva kot strokovnega kadra. Taka ureditev omejuje tudi medicinsko stroko in, seveda, bolnike, ki zato ne prejmejo optimalne oskrbe.

Drug pomemben izziv, povezan z vodenjem, je kakovost.

Sistem kakovosti izvajalcev zdravstvenih storitev je z vidika vodenja povezan tudi s sistemi za spremljanje stroškov po bolnikih. Ti stroški so za vodstvo ključni za pravilno merjenje učinkovitosti zdravstvenih zavodov, izračun zavarovalnic za povračilo stroškov za posamezne storitve ter ne nazadnje za združevanje vseh podatkov na nacionalni ravni, njihovo analizo in omogočanje dostopnosti do teh podatkov vsem deležnikom v zdravstvenem sektorju, da lahko sprejemajo odločitve, ki temeljijo na dejstvih in znanosti (Evidence-based). V zahodnoevropskih državah je spremljanje stroškov na ravni bolnika zakonsko določeno, določeni so tudi parametri, ki jih morajo posamezni zdravstveni zavodi spremljati in o njih mesečno poročati.

Tretji izziv je povezan s pričakovanji vseh deležnikov zdravstvenega sistema – od bolnikov, izvajalcev storitev do plačnikov: njihova pričakovanja so upravičeno vedno večja. Pozornost vodstva ne sme biti usmerjena samo na število opravljenih storitev, temveč tudi na učinkovitost, kakovost in varnost, povezano z zadovoljstvom bolnikov in zaposlenih. To zahteva nenehne spremembe organizacije dela in procesov v zdravstvu. Optimizacija organizacije, dobro opredeljeni procesi in vitko upravljanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti so le nekateri vidiki vodenja, ki vplivajo na celovito izkušnjo bolnika. S tem, ko bodo vsi poslovni in klinični procesi usmerjeni k bolniku in njegovi izkušnji, bo človek v središču sistema. Takrat bo sistem deloval vzdržno, dostopno in solidarno.

Predlagane rešitve:

1. podpiramo **povečanje avtonomije vodenja**: večja osebna pristojnost in odgovornost direktorja, uvajanje elementov korporativnega upravljanja tudi v zdravstvenem sistemu ter polna odgovornost in strokovnost nadzornih svetov. Nujna je sprememba zakonskih aktov;
2. podpiramo **pravnoorganizacijske spremembe**: formalnopravnega statusa izvajalcev zdravstvenih storitev v javnem sistemu;
3. podpiramo **uvvedbo obveznega usposabljanja in mentorstva za vodenje javnih zavodov** ter prenosa dobrih praks, jasnih ciljev za vodstvo in skupne službe ter sodobne načine dela, vključno z rotacijo na delovnem mestu;
4. podpiramo zakonske in izvedbene **ukrepe za spremembo sistema nagrajevanja zaposlenih v zdravstvu**. Zdravniki in drugi zdravstveni delavci morajo biti nagrajeni na podlagi rezultatov, učinkovitosti in kakovosti dela;
5. zdravstvo **moramo obravnavati kot regulirano gospodarsko panogo**, ki pomeni priložnost za povezovanje in napredek za vse, ki delujejo v tem sistemu, tudi za zasebno pobudo. Zavedanje o potencialu, ki ga zdravstvo lahko doprinese k višjemu BDP, mora voditi k rešitvam, ki bodo izvedene v prihodnji zdravstveni reformi.

Kontakt

Naslov

Ameriška gospodarska zbornica – AmCham Slovenija
Dunajska cesta 167, 1000 Ljubljana, Slovenija

Telefon

+386 8 205 1350

Media

office@amcham.si
www.amcham.si



AmCham Slovenia

**KOMISIJA ZA
ZDRAVSTVO IN
KAKOVOST BIVANJA**