

UREDITEV RAZMERJA MED DRŽAVNIM IN ZASEBNIM DELOM V JAVNEM ZDRAVSTVU

Andrej Bručan

Opis problema

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

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

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

V procesih upravljanja in poslovanja zdravstvenega varstva moramo sprejeti in spoštovati osnovna pravila ekonomskega ravnanja, vnesti *zasebno pobudo* ter prvine učinkovitosti porabe človeških, materialnih in finančnih virov ter tekmovalnosti in odgovornosti za poslovni uspeh. Ob tem pa je potrebno ohraniti javni zdravstveni interes: čim boljše zdravstveno varstvo vseh ljudi s kljub omejenim razpoložljivim virom. Obstajajo različne kombinacije javnega in zasebnega izvajanja in financiranja zdravstvenih storitev, kot je prikazano v razpredelnici 1.

Razpr. 1. *Javno in zasebno izvajanje in financiranje zdravstvenih storitev.*

	Mreža javne zdravstvene službe				Čisti zasebni
	javni zdravstveni zavodi		koncesionarji		zdravstveni delavci
Program	javni	zasebni	javni	zasebni	zasebni
	OZZ ¹	zdravstveni	OZZ	zdravstveni	zdravstveni
		trg ²		trg	trg
Izvajanje	javno	javno	zasebno	zasebno	zasebno
Financiranje	javno	zasebno	javno	zasebno	zasebno

¹ – obvezno zdravstveno zavarovanje, ² – prostovoljno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila
(Povzeto po M. Česen, 2002)

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

V Sloveniji privatiziramo zdravstveno varstvo slabo pripravljeni. Organiziramo mešani javno-zasebni sistem zdravstvenega varstva, v katerem sicer vsi prisegamo na iste cilje, poti do njih pa pogosto izkrivljamo z lastnimi interesi. Zato bi bilo potrebno poiskati nova politična, strokovna in ekonomska merila za razvoj »mešanega« zdravstvenega varstva glede na sedanje družbene vrednote. Preko prehodnih vzorcev za spreminjanje sedanjega stanja in doseganje novih ciljev pa se je

nujno usmeriti v gospodarno porabo objektivno omejenih virov za ohranitev dosežene ravni socialne varnosti ljudi in še sprejemljive višine javnih socialnih izdatkov. Prav v teh prizadevanjih nam lahko pomaga privatizacija.

Privatizacijo lahko definiramo kot:

- opravljanje dela in/ali financiranje,
- lastništvo materialnih zmogljivosti (infrastruktura).

Pri tem pričakujemo predvsem obvladovanje stroškov, prilagodljivost, ustvarjalnost, poslovnost, odgovornost, predanost, dvig celovite kakovosti in učinkovito obvladovanje stroškov. Kot rezultat pa je lahko vprašljiva pravičnejša dostopnost do kakovostne oskrbe, nevarnost (pre)hitrega naraščanja izdatkov za zdravstveno varstvo in da bi zasebni monopol lahko celo nadomestil javnega.

Optimalni cilj privatizacije je, da javni in zasebni sektor zagotavlja učinkovito porabo javnih, zasebnih človeških in materialnih virov za zdravstveno varstvo.

Trendi v svetu in EU

Splošne smernice EU na področju partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem

Zagotavljanje prostega trga in konkurence

Javno-privatno partnerstvo (JPP) ne bi smelo negativno vplivati niti na dogajanje na prostem trgu niti na jasna in pregledna pravila tega trga. To področje se nanaša predvsem na izbiro (in postopke izbire) zasebnih institucij, na namen uporabe subvencije in na ukrepe pri podaljšanju pogodb (predvsem dogovor glede trajanja »koncesije«). Zasebne institucije morajo imeti možnost ustvariti določeno (primerno) donosnost (vložnega kapitala), hkrati pa se je potrebno izogniti ustvarjanju nekonkurenčnih ali zaprtih trgov.

Zaščita javnih interesov

Kontrolne mehanizme, ki se morajo uporabljati pri projektih JPP, razvijamo predvsem za zaščito javnih interesov. S prejemom subvencij Evropske komisije bo potrebno sprejeti evropske norme, kakovost in standarde ter jih združiti z učinkovitim sistemom spremljanja in izvajanja javnih storitev na ravni lokalnega javnega sektorja. Pri tem bo pomembno razviti civilno družbo (npr. neodvisne potrošniške skupine in združenja), ki bo nadzirala dogajanje (igrala vlogo psa čuvaja) v JPP.

Zagotavljanje popolne kompatibilnosti med dogovori v JPP in pravili državne pomoči (»State Aid Rules«)

Pridobitev subvencije ne sme predstavljati nelojalne pomoči pri gradnji ali delovanju, zaradi katere bi državne pomoči postale nesprejemljive. Pri tem je potrebno upoštevati pravilo »de minimis« (državne pomoči ne smejo izkrivljati ali ogroziti konkurence) in interpretacijo člena 29/4 regulative 1260/99.

Cilji zasebnega dela v zdravstvu:

- spodbujanje *tekmovalnosti* med javnim in zasebnim,
- večja možnost *izbire in dostopnosti*,
- boljša *organiziranost in koordiniranost*,
- manjši monopol javnih zdravstvenih ustanov,
- ohranitev preskrbljenosti prebivalcev in dosežkov zdravstvenega sistema brez krnitev.

Delež zasebnih splošnih zdravnikov

Delež zasebnih zdravnikov je v posameznih evropskih državah precej različen. Večina razpoložljivih primerjalnih podatkov se nanaša na leto 1998 (Europ. GP Task Profile Study; Boerma 1998). Izoblikovala sta se nekako dva koncepta gle-

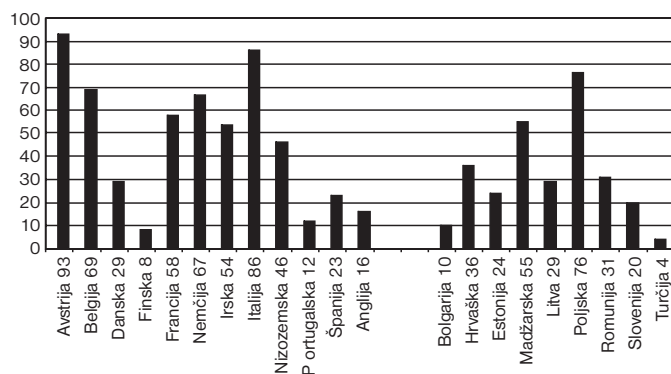
de na to, ali gre bolj za poudarek zasebni pobudi izvajalcev ali bolj za socialno naravnost države:

– *Zahodnoevropski*, ki poudarja zasebnitvo z deležem 60–100% (npr. Avstrija, Nemčija, Belgija, Francija, Irska, Italija, Švica, Luksemburg).

Po dodatno dostopnih podatkih za leto 2004 kaže tudi precejšen del novih držav pristopnic premik k zahodnoevropskemu konceptu. Prisoten je v glavnem trend povečevanja deleža zasebnih splošnih zdravnikov (npr. Madžarska, Poljska, Slovaška, Češka ...).

– *Skandinavski*, z manjšim deležem zasebnih splošnih zdravnikov (pod 12%), ki daje večji pomen javnemu zdravstvu, predvsem zaradi poudarjene socialne note (npr. Finska, Švedska).

Delež zasebnih splošnih zdravnikov po posameznih državah je razviden v sliki 1 in razpredelnici 2.



(Vir: Europ. GP Task Profile Study; Boerma 1998)

Sl. 1. Delež zasebnih zdravnikov v izbranih evropskih državah za leto 1998.

Razpr. 2. Delež zasebnih zdravnikov za leto 2004.

	Primarna raven	Specialisti
Francija	75	68
Češka	95	-
Luksemburg	100	-
Nemčija	okrog 100	45
Poljska	75	-
Madžarska	85	40
Slovaška	90	49
Švica	100	100
Slovenija	spl. 20; zobozdr. 46	15
Švedska	12	-
Finska	8	-

(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Slovenija s svojim *mešanim sistemom* (26%) glede na omenjena koncepta ne spada v nobeno od navedenih kategorij. Glede izdatkov za zdravstvo na prebivalca je *zasebnih izdatkov* v celotnem znesku izdatkov za zdravstvo v povprečju držav EU v letu 2002 le **22,6%**, pri čemer Slovenija z deležem 21,4% bistveno ne odstopa. Vprašljiva pa je višina celotnih izdatkov za zdravstvo (1323 USD), ki predstavlja samo 65,8% povprečja EU. Podrobnejši pregled strukture izdatkov za zdravstvo po državah je razviden iz razpredelnice 3.

Analiza trenutnega stanja v Sloveniji

Zdravstvene storitve lahko izvajajo javni ali zasebni zavodi oziroma ambulate. Zasebnik lahko izvaja storitve po koncesijski pogodbi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZVS), ki krije stroške teh storitev. Zasebnik pa lahko opravlja tudi samoplačniške storitve. Zasebno zdravstvo v okviru Zdravniške zbornice Slovenije pokriva Odbor za zasebno dejavnost.

Razpr. 3. Izdatki za zdravstvo na prebivalca v Sloveniji in izbranih državah v letu 2002 (v USD).

	Celotni	Javni	Zasebni
Norveška	3.082	2.628	454
Luksemburg	3.065	2.618	447
Nemčija	2.817	2.212	605
Francija	2.736	2.080	656
Danska	2.579	2.142	437
Švedska	2.517	2.148	369
Belgija	2.515	1.790	725
Irska	2.367	1.779	588
Avstrija	2.220	1.551	669
Italija	2.166	1.639	527
Velika Britanija	2.161	1.801	360
Finska	1.943	1.470	473
Grčija	1.813	960	853
Portugalska	1.700	1.201	499
Španija	1.646	1.176	470
Povprečje EU	2.010	1.555	454
		77,4%	22,6%
Češka	1.118	1.022	96
Madžarska	1.078	757	321
Slovaška	697	621	76
Poljska	654	474	180
Slovenija	1.323	1.040	283
		78,6%	21,4% – 65,8% EU

(Vir: Poslovno poročilo ZZVS za leto 2004)

Podatki iz razpredelnice 4 kažejo, da se v zadnjih letih *zasebni izdatki za zdravstvo strukturno zmanjšujejo* tako, da so v letu 2004 znašali 20,6%.

Razpr. 4. Delež javnih in zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2000–2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
1. Javni izdatki	78,1	78,2	78,5	78,8	79,4
Obvezno zdravstveno zavarovanje	75,3	75,2	74,7	74,9	76,0
Proračunska sredstva države	1,9	2,1	3,0	3,2	2,8
Proračuni občin	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6
2. Zasebni izdatki	21,9	21,8	21,5	21,2	20,6
Prostovoljno zdr. zavarovanje	12,9	13,1	12,7	12,7	12,5
Neposredna plačila	9,0	8,8	8,8	8,5	8,1
3. Skupaj izdatki	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Vir: Poslovno poročilo ZZVS za leto 2004)

Namenjena *finančna sredstva zasebnim izvajalcem* kažejo na trend zmanjševanja. Kot je razvidno iz razpredelnice 5 in 6, je v letu 2004 predstavljal finančni delež zasebnikom, ki so pomenili v strukturi izvajalcev 26%, le delež 24%. Negativni razkorak je prisoten pri dejavnosti zobozdravstva in specialističnih dejavnostih, pozitiven pa pri osnovnem zdravstvu.

Razpr. 5. Število timov iz ur (december 2004).

	Zasebniki	Vsi izvajalci	Delež zasebnikov
Osnovna dejavnost	277	1.464	19
Zobozdravstvo	486	1.066	46
Specialistična dejavnost	198	1.227	16
Skupaj	961	3.758	26

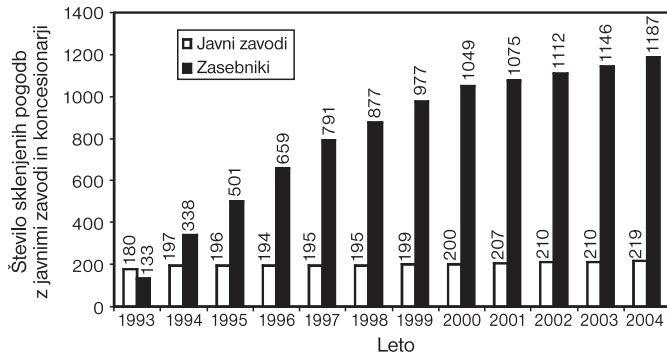
(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Razpr. 6. Finančna sredstva za leto 2004.

	Zasebniki	Vsi izvajalci	Delež zasebnikov
Osnovna dejavnost	7.092.604.550	34.000.975.649	21
Zobozdravstvo	11.175.916.615	24.790.435.978	45
Specialistična dejavnost	7.023.234.453	44.906.738.389	16
Skupaj	25.291.755.618	103.698.150.016	24

(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Podatki o številu zasebnikov v javni zdravstveni mreži kažejo, da se je z zakonsko regulativo od leta 1993 do 2000 trend števila zasebnikov v javni zdravstveni službi povečeval, potem pa se je trend zaradi prenasitosti skoraj povsem umiril tako, da je bilo v letu 2004 število sklenjenih pogodb zasebnikov z javnimi zavodi in koncesionarji 1.187. Natančnejši pregled je razviden iz slike 2.



(Vir: Poslovno poročilo ZZS za leto 2004)

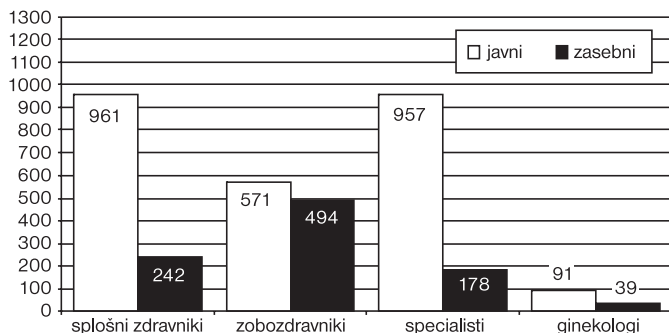
Sl. 2. Zasebniki v javni zdravstveni mreži.

Število zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov je znašalo v Sloveniji v letu 2004 953, struktura je razvidna iz razpredelnice 7, podrobnejši pregled ter primerjave so razvidne iz slike 3.

Razpr. 7. Število zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov v letu 2004.

Splošni zdravniki	242	25
Zobozdravniki	494	52
Specialisti	178	19
Ginekologi	39	4
Skupaj	953	100

(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)



(Vir: Poslovno poročilo ZZS za leto 2004)

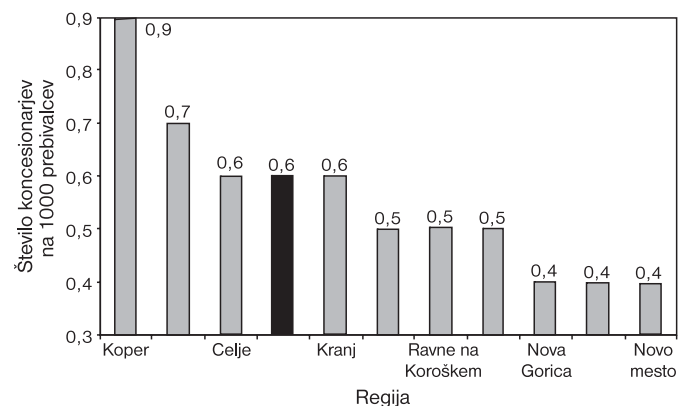
Sl. 3. Število zdravnikov in zobozdravnikov v zasebnih in javnih zavodih.

V letu 2005 je v postopku pridobitve koncesije okrog 100 primerov na primarni ravni in 35 na sekundarni ravni. V to število so vključeni tako primeri iz prejšnjih let kot tudi primeri v začetni fazi obravnave. V postopek podeljevanja koncesij so vključene poleg Ministrstva za zdravje tudi Zdravniška zbornica in občine na primarni ravni (Ministrstvo za zdravje npr. ne razpolaga s podatki o zavrženih koncesijah s strani občin). Podatki kažejo, da se tudi v tekočem letu nadaljuje trend umirjanja povečevanja števila zasebnikov v javni zdravstveni mreži.

Število koncesionarjev na 1000 prebivalcev znaša 0,6 in je zelo različno po posameznih regijah in posameznih skupinah. Regije, ki izstopajo s nadpovprečnim številom koncesionarjev, so Koper, Maribor in Celje, s podpovprečnim številom pa Nova Gorica, Krško in Novo mesto. Najbolj izrazite razlike se pojavljajo pri splošnih zdravnikih in specialistih ter tudi pri lekarnah. Podrobnejša struktura podatkov je razvidna iz slik 4 do 9 in kaže naslednje razlike med posameznimi območnimi enotami:

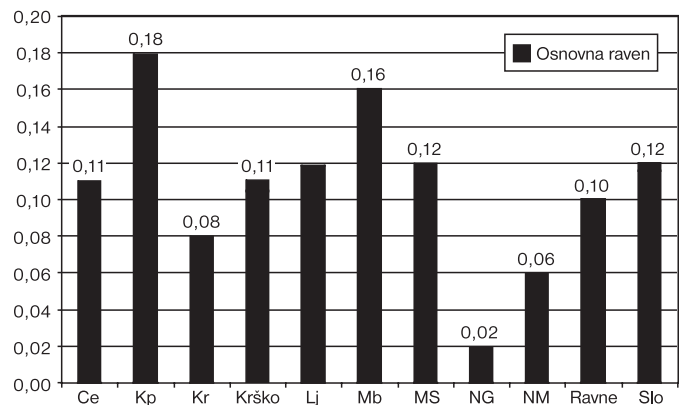
- na osnovni ravni izstopata z nadpovprečnim številom koncesionarjev Koper in Maribor ter z velikim negativnim odstopanjem Nova Gorica in Novo mesto;
- pri številu koncesionarjev zobozdravnikov izstopajo z nadpovprečnim številom Celje, Koper in Kranj in z večjim negativnim odstopanjem Krško, Murska Sobota in Novo mesto;
- glede števila specialistov prednjačijo OE Koper, Ljubljana, Maribor in Murska Sobota, negativno pa odstopata Krško in Novo mesto;
- pri lekarnah precej odstopata Nova Gorica ter delno Murska Sobota, izrazito negativno pa Ravne na Koroškem;
- pri koncesijah za druge dejavnosti izstopata z nadpovprečnim številom Koper in Maribor, negativno pa Murska Sobota, Nova Gorica ter Ravne na Koroškem.

Raziskava o zdravju in zdravstvu IV. (SJM 2001/3) govori v prid trditvi, da se je raven storitev zasebnikov izboljšala ter da so bili uporabniki zdravstvenih storitev bolj zadovoljni s storitvami zasebnega zdravnika kot pa v javnih zavodih.



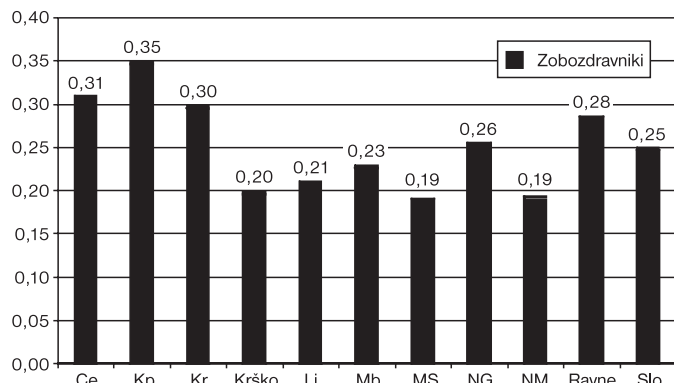
(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Sl. 4. Število koncesionarjev na 1000 prebivalcev po posameznih regijah v Sloveniji.



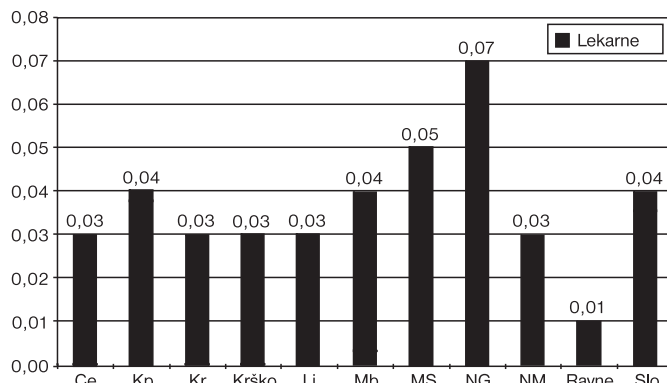
(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Sl. 5. Število koncesionarjev (osnovna raven) na 1000 prebivalcev po posameznih regijah v Sloveniji.



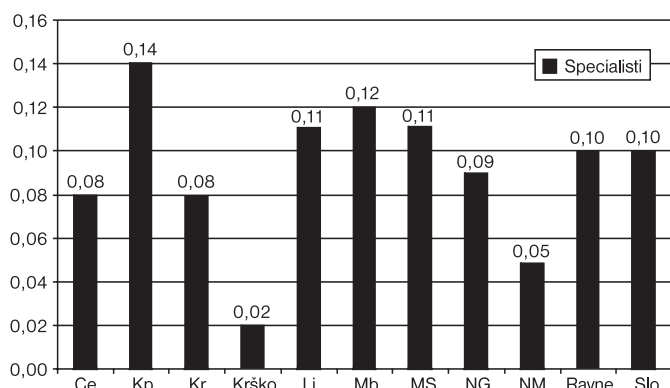
(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Sl. 6. Število koncesionarjev (zobozdravniki) na 1000 prebivalcev po posameznih regijah v Sloveniji.



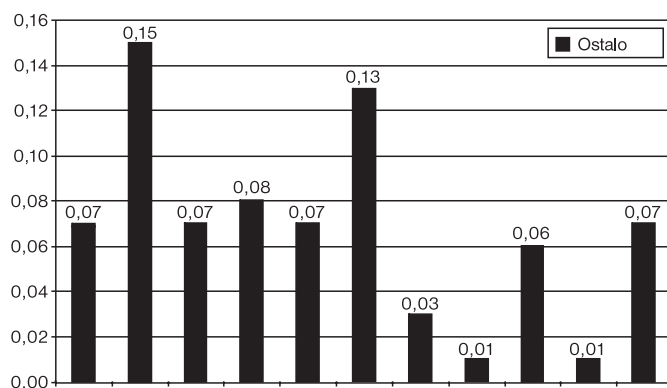
(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Sl. 8. Število koncesionarjev (lekarn) na 1000 prebivalcev po posameznih regijah v Sloveniji.



(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Sl. 7. Število koncesionarjev (specialisti) na 1000 prebivalcev po posameznih regijah v Sloveniji.



(Vir: Interni podatki Ministrstva za zdravje, 2005)

Sl. 9. Število koncesionarjev (ostalo) na 1000 prebivalcev po posameznih regijah v Sloveniji.

Cilji Ministrstva za zdravje:

- prizadevanje za *pregledno uvajanje zasebnega dela* na področju osnovnega zdravstvenega varstva v okviru obstoječih zmogljivosti javne zdravstvene službe v sklopu nove zdravstvene zakonodaje;
- preučitev pogojev za delo *svobodnih zdravnikov specialistov*, s čimer bomo povečali učinkovitost zdravstvene službe in jo približali uporabnikom, pod temi pogoji bomo v naslednjem srednjeročnem obdobju zagotovili spoštovanje evropske direktive o delovnem času;
- spodbujanje upravljanja zdravstva tudi s t. i. *javno-privatnimi partnerstvi*, pri čemer se med državo (kot lastnikom – regulatorjem) in zdravstveno institucijo pojavi zasebni dolgoročni upravljalec z nevladnimi sredstvi, sistem pa je projektno voden zato, da bi povečal učinkovitost in spodbujanje naslednjih ključnih ciljev:
 - modernizacija in obnova nacionalnega zdravstvenega sistema, izboljšanje učinkovitosti ter ustanovitev za boljke urejenega dostopa (ugotovitev, da ni bistvena narava sistema, ampak kakovost in rezultati državljanom zagotovljenih storitev);
 - preoblikovanje obstoječega nacionalnega zdravstvenega sistema v omrežno locirani zdravstveno-varstveni dogovorni sistem: omogočanje sodelovanja širokega spektra ponudnikov iz javnega, privatnega in socialnega sektorja, delujoč v reguliranem okviru;

- kombiniranje različnih politik merjenja in pobud (»Policy Mix«): izvedba javno-privatnih partnerstev, postopno združevanje obstoječih bolnišnic;
- omogočiti »win-win« odnose.

Ministrstvo za finance že pripravlja *Zakon o javnem in zasebnem partnerstvu* in ga namerava v kratkem vložiti v parlamentarni postopek.

Kratkoročne naloge:

- sprejem meril in javnozdravstvene mreže (normativi – kadrovski in storitveni);
- določitev in nadzor cen zdravstvenih storitev;
- opredelitev procesa:
 - dejavnosti (vrste in obseg), ki bodo prepuščene zasebnosti;
 - pogoji in postopki podeljevanja;
 - naloge koncesionarjev:
 - zagotavljanje nemotenega delovanja javne zdravstvene službe (celodnevno zdravstveno varstvo, nujna medicinska pomoč, odsotnost, preventivni program);
 - zagotavljanje strokovno-tehničnih predpisanih pogojev opravljanja zdravstvene dejavnosti;
 - nadzor.

Rešitve

Slovenija se bo morala s svojim *mešanim sistemom* odločiti, ali se bo bolj približevala zahodnoevropskemu ali pa skandinavskemu konceptu izvajanja zdravstvenih storitev.

Pomembna predpostavka v ureditvi razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu je določitev in obnavljanje *mreže javne zdravstvene službe* z določitvijo normativov in meril.

Zaradi velikih razlik med posameznimi regijami je v skladu s splošnimi smernicami EU možen *regionalni pristop*. V začetku je potrebno povečevanje *ambulantnega dela*. Poleg števila prebivalcev, ki ne more biti edino merilo, so pomembne še geografske značilnosti terena ter epidemiološka slika. Potrebna je razbremenitev bolnišničnega zdravstvenega varstva s *povečanjem specialistov* na primarni ravni.

Rešitve so širitev *kakovosti storitev* ob rasti povpraševanja ter spodbujanje zdrave konkurence in tekmovalnosti.

Ustvariti je potrebno *enakost pogojev* za vse izvajalce kot tudi dostopnost uporabnikov tudi v povezavi z omogočanjem *prostovoljnih zavarovanj*.

Pri urejanju razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu je pomembno *postopno nadgrajevati sistem*.

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA: JAVNO-ZASEBNO

Franč Košir

Uvod

Sistem financiranja zdravstvenega varstva je za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov, kakovostne storitve in dostopnost zavarovancev do pravic, dogovorjenih v državni zakonodaji, izjemnega pomena za funkcioniranje zdravstva v kateri koli državi. Nenehno grožnjo finančni stabilnosti predstavljajo hitro rastoči izdatki, ki so predvsem posledica staranja prebivalstva, posledičnih sprememb v patologiji, hitrega razvoja medicine, novih zdravil, zahtevnosti in večjega povpraševanja zavarovancev, zmanjševanja števila aktivnega prebivalstva in drugih razvojnih izivov. Zato kontinuirani reformni procesi, ki jih že od začetka 80. let izvajajo razvite države na področju zdravstvenega varstva, izhajajo predvsem iz iskanja opredelitev, kako s kombinacijami javno-zasebnih virov finančnih sredstev zagotoviti čim bolj stabilne pogoje za financiranje organiziranega javno-zasebnega zdravstva in zadostiti povečevanju izdatkov za zdravstvo. Po eni strani gre tu zaradi večanje konkurenčnosti gospodarstva in globalizacije trgov za omejevanje oziroma zadrževanje javnih sredstev za financiranje, ožene vrste in obsega storitev v javnem sektorju, na drugi strani pa s sočasnim povečevanjem zasebnega-prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter s kombinacijami neposrednih plačil in participacij pri uveljavljanju zdravstvenih storitev.

Obseg javnih-zasebnih sredstev v Sloveniji

Slovenski sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja deluje že vrsto let, podobno kot drugi zdravstveni sistemi v državah EU, na zgornji meji svojih javnofinančnih zmoglosti. Uspešnost reformnih procesov, določenih z zdravstvenimi zakoni v letu 1992, ki so z zasebnimi viri sredstev iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v višini 1,12 BDP na prebivalca oziroma 21,4% sredstev za zdravstvene storitve (78,6% javnih sredstev) omogočili dokaj visoko raven zdravstvene varnosti državljanov v letih tranzicije, se je po letu 2000 izčrpala. Po tem letu so se finančni pogoji poslovanja v zdravstveni zavarovalnici in v zdravstvenih zavodih zaradi prej opisanih trendov bistveno poslabšali, še dodaten razlog pa so bile nekatere odločitve na državni ravni. Po ocenah so izdatki za zdravstveno varstvo v zadnjih 5 letih realno porasli kar za 55 mili-

jard SIT, za kar pa ni bilo zagotovljenih ustreznih novih virov. Stanje na trgu dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je zaradi nedorečenosti v zakonodaji postalo nepregledno in nestabilno, kar ima negativne posledice za dostop do zavarovanj in za zdravje pomembnih zdravstvenih storitev. Pri tem pa je potrebno poudariti, da zaostajamo za 35% od povprečja 15 držav EU v obsegu javno-zasebnih sredstev za zdravstvo, saj dajemo na prebivalca skupaj 1323 USD.

V sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja po letu 1992 ni bilo niti pomembnejših zakonskih sprememb niti drugih reformnih posegov, ki bi kakorkoli sistemsko zmanjševali pritiske na povečevanje izdatkov za zdravstveno varstvo. Nasprotno, priča smo širjenju pravic na področjih diagnostike in novih zdravil, povečevanju standardov, dodatnemu zaposlovanju, povečevanju čakalnih dob, povečevanju izdatkov za zdravila na recepte in izdatkov za nadomestila zaradi odsotnosti z dela zaradi poškodb in bolezni, majhnemu obsegu zasebnega dela in odsotnosti konkurence, pomanjkanju nadzora in neučinkovitemu upravljanju v javnih zavodih.

Možnosti za dodatne vire sredstev za zdravstvo

Ključni makroekonomski cilj Slovenije je prevzem evra. Pakt stabilnosti pa nam predpisuje zgornjo mejo javnofinančnega primanjkljaja, kar pomeni, da bo potrebno na dolgi rok omejiti javna sredstva za zdravstvo na ravni do 7% v deležu BDP in skrbeti, da bo znašala medicinska inflacija največ 3,5% letno. Zaradi izjemno neugodnih demografskih trendov in manjšanja deleža aktivne populacije pa se še dodatno povečujejo zahteve po oblikovanju obveznega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo starostnikov na domu. Takšen makroekonomski pristop v politiki javnega financiranja zdravstvenega varstva zahteva:

- na novo oblikovati košarico pravic v javnem zdravstvenem zavarovanju, prilagojeno evropskim standardom;
- opredeliti nacionalne standarde storitev na vseh področjih zdravstvene dejavnosti, v obveznem zavarovanju pa nadzorovati uvajanje novih pravic;
- omejevati povpraševanje z doplačili za zdravila, obiske pri zdravniku, napotovanje na sekundarni ravni;
- analizirati podatke o zdravniškem delu, izkoriščenosti sredstev, poslovanju javnih zavodov zaradi povečanja produktivnosti dela in sredstev, ki mora temeljiti na načelih stroškovne in ekonomske učinkovitosti ob doslednem doseganju strokovnih standardov;
- pretehtano in z jasno državno regulativo delno privatizirati določene zdravstvene ustanove in javno-zasebno partnerstvo v javnih zavodih z učinkovito kontrolo kakovosti;
- oblikovati tržna prostovoljna zdravstvena zavarovanja za vse storitve nad obsegom in standardi z upoštevanjem načel individualnega tveganja.

Te zahtevne reformne procese je zaradi njihove interesne in politične občutljivosti po moji oceni mogoče izvajati v dveh fazah oziroma pristopih.

1. V prvi fazi dopolniti sedanji zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju ter zakona o zdravstveni dejavnosti in lekarništvu in s tem omogočiti odpravljanje nakopičenih slabosti, zastarelosti in pomanjkljivosti, ki so posledica pravne ureditve še izpred leta 1991. S temi spremembami se da zagotoviti dodatno blizu 23 milijard javnih sredstev za programe in storitve v obveznem zdravstvenem zavarovanju in s tem zagotoviti udeležbo javnih sredstev za zdravstvo blizu 7% BDP na prebivalca.
2. Z dopolnitvami zakona o zdravstveni dejavnosti in zakona o lekarništvu je treba začeti proces privatizacije, večati obseg zasebnega dela v zdravstvu in na novo urediti pogoje in način upravljanja javnih zavodov, nadzor, učinkovitost in kakovost ter odgovornost menedžmenta za poslovanje. S postavitvijo standardov in delitve dela te mreže javne